

Estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de Minas Gerais

Nutritional status of children who are recipients of the Family Allowance Program followed up by the Food and Nutrition Surveillance System in the State of Minas Gerais

Luany Ferreira Saldanha¹, Érika Barbosa Lagares¹, Patrícia Costa Fonseca², Lucilene Rezende Anastácio³

DOI: 10.5935/2238-3182.20140139

RESUMO

Introdução: o Programa Bolsa Família (PBF) consiste em transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza no país. **Objetivo:** este trabalho objetiva a caracterização do estado nutricional de crianças menores de sete anos de idade, beneficiárias do PBF acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no estado de Minas Gerais (MG). **Métodos:** os dados foram obtidos por meio da plataforma SISVAN WEB a partir do banco de dados constituído por informações advindas das Unidades Básicas de Saúde de MG referentes aos anos de 2008 a 2011. O estado nutricional dessas crianças foi avaliado pelos índices antropométricos de peso-idade, estatura-idade e índice de massa corporal-idade (IMC/idade). **Resultados:** o número de crianças beneficiadas na faixa etária de zero a sete anos no estado de MG representou 10,5% do total das residentes no estado nessa mesma faixa etária em 2008; 13,7% em 2009; 19,8% em 2010; e 18,6% em 2011. Observou-se que o maior distúrbio do estado nutricional entre os usuários é o excesso de peso (média de 26,5% conforme o indicador IMC/idade) e teve aumento em suas taxas ao longo dos anos, ao passo que o baixo peso e a baixa estatura para a idade tiveram declínio. **Conclusões:** os beneficiários do PBF apresentaram redução dos índices de baixo peso e aumento dos índices de peso excessivo. Esses achados revelam a necessidade de implementação de programas de educação nutricional às famílias beneficiárias do PBF.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Criança; Pobreza; Renda; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The Family Allowance Program (PBF) consists of a direct transfer of income benefiting families in poverty and extreme poverty in the country. **Objective:** this study aims to characterize the nutritional state of children less than seven years of age, beneficiaries of PBF and followed up by the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) in the State of Minas Gerais (MG). **Methods:** the data were obtained from the SISVAN WEB platform from the database comprising information related to the Basic Health Units of MG for the years 2008 to 2011. The nutritional status of these children was evaluated by anthropometric indexes of weight-age, height-age, and body mass index-age (BMI/age). **Results:** the number of children in the age group from zero to seven years, benefited in the State of Minas Gerais, accounted for 10.5% of the number of total residents in the State in the same age group in 2008; 13.7% in 2009; 19.8% in 2010; and 18.6% in 2011. The most prevalent disturbance of nutritional status among users was excessive weight (average of 26.5% according to the BMI/age indicator); this status became more prevalent over the years whereas low weight and short stature declined in the age range. **Conclusions:** the beneficiaries of PBF showed reduced incidence of low birth weight and increased inci-

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade de Itaúna, Itaúna, MG – Brasil.
² Nutricionista. Mestre em Ciências do Alimento. Professora do curso de Nutrição do Centro Universitário Unifem de Sete Lagoas, Sete Lagoas, MG – Brasil.
³ Nutricionista. Doutora em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto. Professora da Universidade de Itaúna, Itaúna, MG – Brasil.

Recebido em: 05/06/2013
Aprovado em: 18/11/2014

Instituição:
Universidade de Itaúna
Itaúna, MG – Brasil

Autor correspondente:
Erika Barbosa Lagares
E-mail: erikablagares@yahoo.com.br

dence of excessive weight. These findings reveal the need for the implementation of nutrition education programs for PBF beneficiary families.

Key words: Nutritional Status; Child; Poverty; Income; Public Policies

INTRODUÇÃO

Observa-se no Brasil, nos últimos anos, grande transição nutricional nas crianças, em que o predomínio da desnutrição dá lugar ao excesso de peso, o que tem se tornado problema alarmante,¹ com excesso de peso e obesidade, principalmente a partir de cinco anos de idade.²

Constitui-se em consequência da má-alimentação, fator agravante do excesso e/ou deficiências de macro e micronutrientes.³ Por essa razão, a nutrição adequada da criança é fundamental para a manutenção de sua saúde, possibilitando crescimento e desenvolvimento normais. Uma das formas de viabilizar escolhas adequadas é o investimento na promoção da saúde desde o período fetal, que não apenas melhora a nutrição materno-infantil, mas auxilia na prevenção e no retardo do aparecimento de doenças crônicas na vida adulta. A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem grande influência ao longo de toda a sua vida.⁴

A baixa escolaridade, a carência de informações, o baixo poder aquisitivo de pais e responsáveis pelas crianças impossibilitam que possam adquirir alimentos de melhor qualidade e mais nutritivos e favorecem a má-alimentação e seu impacto nutricional na infância.⁵ Por isso, iniciativas governamentais que intervenham em situações econômicas desfavoráveis em diferentes fases do ciclo de vida são de suma importância.³

O governo, preocupado em promover a atenção integral à saúde das crianças, implementou o Bolsa Família, programa de transferência condicionada de renda do Brasil, instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004.⁶ Esse programa atende a mais de 11 milhões de famílias atualmente. Tem como finalidade combater a fome e as desigualdades entre as famílias pobres (com renda mensal por pessoa de R\$70,01 a R\$ 140,00) e as extremamente pobres (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00).⁷ As famílias contempladas por esse programa recebem do governo, mensalmente, os benefícios, em dinheiro, mediante o cumprimento de determinadas condicionalidades. A Portaria Interministerial nº

2.509, de 18 de novembro de 2004, dispõe princípios de responsabilidades para essas famílias, que consiste no cumprimento de uma agenda de compromissos, os quais incluem a frequência escolar infantil satisfatória, calendário vacinal em dia, monitoramento do peso e estatura semestralmente.⁶

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e a Estratégia Saúde da Família desempenham importante papel no processo de acompanhamento das famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família. Estes oferecem apoio aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos profissionais da área de saúde, ajudando a conhecer a magnitude dos problemas nutricionais, da população beneficiária do programa, desde o baixo peso ao sobrepeso, gerando, assim, aumento à qualidade da assistência de apoio às ações de promoção da saúde à comunidade.⁸

O SISVAN tem como objetivo promover contínua informação sobre o estado nutricional da população, monitorada pelo SUS.⁹ Sua versão digitalizada, o SISVAN WEB, foi implementada em toda a região brasileira no ano de 2008.¹⁰ Ao avaliar as informações registradas no SISVAN pelos municípios, é possível analisar as intervenções constituídas por várias esferas de gestão da saúde, como, por exemplo, o Bolsa Família, em relação ao impacto no estado de saúde da população.⁸

Embora o Programa Bolsa Família tenha sido implementado há quase 10 anos, os estudos sobre seu impacto na saúde dos beneficiários ainda são escassos, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico de distúrbios nutricionais e evolução dos beneficiários. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi caracterizar o estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família, por meio do SISVAN WEB, no estado de Minas Gerais, dos anos de 2008 a 2011.

MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo realizado por meio de dados remissivos, no qual foi avaliado o estado nutricional de crianças menores de sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família ao longo dos anos de recebimento do benefício de 2008 a 2011, residentes no estado de Minas Gerais.

Todos os dados desta pesquisa foram obtidos por meio da plataforma SISVAN Web a partir do banco de informações referentes ao ano de 2008 a 2011 de crianças beneficiárias do Programa em Minas Gerais. Os dados consolidados gerados pelo sistema estão

disponíveis para consulta livre via web, pelo seguinte endereço eletrônico: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan/relatoriospublicos/relconsolidadoacompanhamento.php>. Tais dados são provenientes de unidades básicas de saúde do estado de Minas Gerais e constituem-se na classificação dos índices de peso-idade (P/I), altura-idade (A/I) e índice de massa corporal-idade (IMC/I) dessa região. A obtenção desses parâmetros deve ser realizada segundo a metodologia utilizada para aferição das medidas antropométricas preconizada no Manual do SISVAN.¹¹

Os critérios de inclusão dos dados desta pesquisa consistiram em dados referentes às crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Minas Gerais e que possuíssem idade inferior a sete anos. A escolha dessa faixa etária se deu em virtude da maior confiabilidade de dados, uma vez que as crianças com idade superior a essa não têm que ser obrigatoriamente pesadas semestralmente.¹²

Dados nutricionais das crianças beneficiadas pelo Bolsa Família nos anos anteriores a 2008 não puderam ser analisados, uma vez que dados do sistema SISVAN WEB só estão disponíveis a partir daquele ano.

A avaliação nutricional entre as crianças menores de cinco anos foi realizada com base nos índices e pontos de corte preconizados pela Organização Mundial de Saúde.¹³ Entretanto, as crianças de cinco a sete anos não tiveram seu estado nutricional classificado segundo o parâmetro de peso-estatura.¹⁴

A amostra foi avaliada como um todo e distribuída por sexo. Os dados analisados por meio do índice P/I foram classificados de acordo com percentis em muito baixo peso para idade (< percentil 0,1), baixo peso para idade (≥ percentil 0,1 e < percentil 3), eutrófico (≥ percentil 10 e < percentil 97), peso elevado para idade (≥ percentil 97). Os dados coletados por meio do índice A/I foram classificados, de acordo com o percentil, em muito baixa estatura para a idade (< percentil 0,1) baixa estatura para a idade (< percentil 3) e estatura adequada (≥ percentil 3). Os dados referentes ao índice IMC/I foram classificados, de acordo com os percentis, em magreza acentuada (< percentil 0,1), magreza (< percentil 3), eutrofia (≥ percentil 3 e < percentil 85), risco de sobrepeso (> percentil 85 e ≤ percentil 97), sobrepeso (≥ percentil 97 e < percentil 99,9) e obesidade (≥ 99,9 - para crianças menores de cinco anos e > 97 - para crianças maiores de cinco anos), conforme WHO (2006).¹³

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Itaúna, sob o parecer de número 108.433. Os dados ob-

tidos com o auxílio do *software* Excel® foram organizados em tabelas e gráficos, sob a forma de percentuais e números absolutos. Para a comparação das variáveis estudadas, foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado, com auxílio do programa Epi Info versão 6.04d. O estado nutricional das crianças beneficiárias foi comparado considerando-se os dados referentes ao ano de 2008 e 2011. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

O Programa Bolsa Família atualmente atende a 853 municípios no estado de Minas Gerais, com quantidade total de 1.158.370 beneficiários.⁷ No período de 2008 a 2011, o número de crianças beneficiadas na faixa etária de zero a sete anos no estado de Minas Gerais representou 10,5% do total de crianças residentes no estado nessa mesma faixa etária no ano de 2008; 13,7% no ano de 2009; 19,8% no ano de 2010; e 18,6% no ano de 2011.¹⁵ Dados referentes ao estado nutricional dessas crianças conforme o índice P/I pode ser observado na Tabela 1. Notou-se que de 2008 para 2011 houve aumento na prevalência de crianças com peso elevado para a idade de 7,5% para 9,1%. Já em relação ao peso muito baixo para idade, a prevalência desse acometimento permaneceu praticamente a mesma.

Em relação ao estado nutricional dessas crianças, conforme o índice antropométrico A/I, ressalta-se que houve decréscimo de 6,3 para 5,8% no percentual da altura baixa para a idade, entre os anos de 2008 e 2011, conforme descrito na Tabela 2.

Analisando-se os dados do estado nutricional conforme o índice do IMC/I, verificou-se que, enquanto os percentuais de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade aumentaram no decorrer dos anos, houve diminuição do percentual de eutróficos e de magreza na população estudada (Tabela 3). Em média, 26,5% dos beneficiários apresentaram algum grau de excesso de peso ao longo dos anos. É interessante mencionar também que o risco de sobrepeso teve maior prevalência que a obesidade.

De acordo com o sexo, apurou-se que tanto o índice de magreza acentuada quanto o risco de sobrepeso/obesidade segundo o percentil índice de IMC/I tiveram percentual mais alto no sexo masculino em relação ao feminino. Entretanto, o maior percentual de magreza no sexo masculino não foi estatisticamente significativo ($p=0,13$ para a comparação da média de magreza acentuada entre os sexos).

Tabela 1 - Estado nutricional de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do programa Bolsa Família, conforme o índice P/I no estado de Minas Gerais, 2008-2011

Estado Nutricional/Ano	2008	2009	2010	2011	Valor p
Peso Muito Baixo para a Idade	1,4% (3.753)	1,4% (4.991)	1,5% (6.407)	1,4% (5.494)	0,96
Peso Baixo para a Idade	3,4% (9.152)	3,4% (11.914)	3,4% (13.990)	3,0% (11.880)	0,10
Peso Adequado para a Idade	87,7% (238.974)	87,0% (304.336)	87,1% (362.680)	86,5% (342.390)	<0,01*
Peso Elevado para a Idade	7,5 (20.534)	8,2% (28.534)	8,0% (33.257)	9,1% (35.884)	<0,01*
<i>Total</i>	<i>272.413</i>	<i>349.775</i>	<i>416.334</i>	<i>395.648</i>	

Teste Qui-quadrado; *p<0,05.

Tabela 2 - Estado nutricional de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do programa Bolsa Família, conforme o índice A/I no estado de Minas Gerais, 2008-2011

Estado Nutricional/Ano	2008	2009	2010	2011	Valor p
Altura Muito Baixa para a Idade	4,7% (12.775)	4,6% (16.040)	4,8% (19.875)	4,6% (18.253)	0,69
Altura Baixa para a Idade	6,3% (17.280)	6,2% (21.851)	6,4% (26.655)	5,8% (22.959)	0,04*
Altura Adequada para a Idade	89,0% (242.265)	89,2% (311.863)	88,8% (369.790)	89,6% (354.435)	<0,01*
<i>Total</i>	<i>272.320</i>	<i>349.754</i>	<i>416.320</i>	<i>395.647</i>	

Teste Qui-quadrado; *p<0,05.

Tabela 3 - Estado nutricional de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do programa Bolsa Família, conforme o índice IMC/I no estado de Minas Gerais, 2008-2011

Estado Nutricional/Ano	2008	2009	2010	2011	Valor p
Magreza acentuada	4,2% (11.505)	4,1% (14.308)	4,3% (17.990)	3,8% (15.024)	0,10
Magreza	3,5% (9.635)	3,6% (12.591)	3,6% (15.122)	3,3% (13.178)	0,42
Eutrofia	63,9% (174.066)	63,3% (221.269)	62,7% (260.990)	61,9% (245.071)	<0,01*
Risco de sobrepeso	15,4% (41.930)	15,7% (54.848)	15,8% (65.639)	16,3% (64.410)	<0,01*
Sobrepeso	6,6% (17.984)	6,9% (24.132)	7,0% (29.341)	7,5% (29.858)	<0,01*
Obesidade	6,4% (17.333)	6,5% (22.644)	6,5% (27.263)	7,1% (28.114)	<0,01*
<i>Total</i>	<i>272.453</i>	<i>349.792</i>	<i>416.345</i>	<i>395.655</i>	

Teste Qui-quadrado; *p<0,05.

Quanto ao risco de sobrepeso e obesidade, houve prevalência significativamente maior entre os meninos (p<0,05 para a média). Também se pode perceber que o percentual de magreza diminuiu e o percentual de risco de sobrepeso/ obesidade aumentou no decorrer dos anos em ambos os sexos (Figura 1). A magreza acentuada também é mais prevalente em crianças do sexo masculino que feminino.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu ilustrar o perfil nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família em Minas Gerais e revelou que o maior distúrbio do estado nutricional entre os usuários é o excesso de peso, o qual teve aumento significativo na prevalência ao longo dos anos, ao passo que o baixo peso

sofreu declínio, embora sem significância estatística. Monteiro *et al.*¹⁶ afirmam que, desde o período de 1975 a 1989, a prevalência de baixo peso na população brasileira tinha caído praticamente à metade, enquanto os casos de excesso de peso duplicaram, caracterizando a chamada transição nutricional.

Monteiro *et al.*¹⁷ analisaram dados de duas pesquisas por meio de inquéritos realizados no Brasil, com amostra de aproximadamente 4 mil crianças menores de cinco anos, em 1996 e 2006/7. Esses autores observaram redução de praticamente 50% da prevalência de desnutrição, sendo que em 1996 o percentual de desnutridos era de 13,5%, caindo para 6,8% nos anos de 2006-2007. Os autores discutem como causa provável do declínio da desnutrição o aumento da escolaridade materna (25,7%), aumento do poder aquisitivo das famílias (21,7%), expansão da assistência à saúde (11,6%) e a melhora nas condições de saneamento (4,3%).

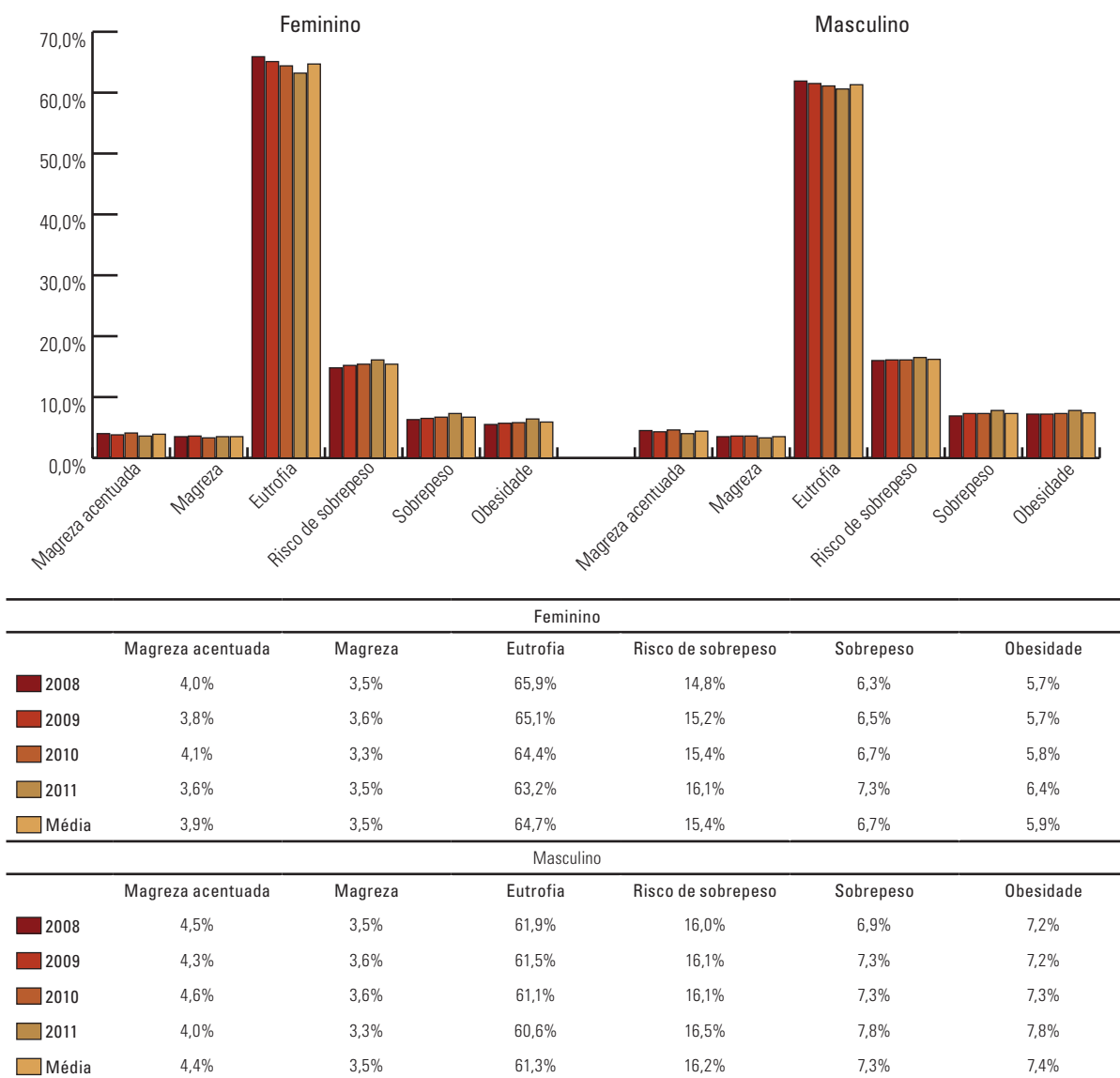


Figura 1 - Estado nutricional de crianças do sexo feminino e masculino beneficiários do programa Bolsa Família, conforme o índice IMC/I no estado de Minas Gerais, 2008-2011.

De acordo com o sexo, o risco de sobrepeso/obesidade segundo o índice de IMC/I teve percentual significativamente maior no sexo masculino em relação ao feminino. Dados similares aos da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009),² os quais revelaram, em crianças de cinco a nove anos, maior percentual de excesso de peso em meninos (16%) na comparação com as meninas (11,8%). Vohlbrecht e Muniz,¹⁸ entretanto, obtiveram, entre crianças com cinco anos ou mais, prevalência de excesso de peso entre os meninos de 11,8% e, entre as meninas, 35,5%.

Neste trabalho, percebeu-se que a prevalência de déficits de altura para idade está diminuindo. Houve

significativa redução de 6,3% em 2008 para 5,8% em 2011 na prevalência de baixa estatura para a idade. Segundo Monteiro *et al.*¹⁷, diferentes classes socioeconômicas apresentam prevalências diferentes de formas crônicas de desnutrição (déficits de altura para a idade, por exemplo, foi prevalente em 10% das crianças avaliadas pertencentes à classe socioeconômica E; a classe D apresentou 6,8% e a classe C, 2,5%). A escolaridade também interferiu no estado nutricional das crianças. Entre mães analfabetas, encontraram-se 14,1% de crianças desnutridas. O índice altura para a idade é de suma importância na avaliação do estado nutricional de crianças e representa forma

crônica de desnutrição. Quando o déficit linear é adquirido na fase infantil, é mais difícil de ser revertido após dois anos de idade. Como foi encontrado reduzido percentual desse índice antropométrico nas crianças de Minas Gerais e que esse índice tem se reduzido com o passar dos anos em beneficiários do Programa Bolsa Família, pode-se presumir que, na vida adulta, essas crianças poderão não apresentar retardo estatural.¹⁹ Dados da POF² revelam que o déficit de estatura diminui com o aumento da renda. Para Sawaya,²⁰ a baixa estatura não é só sinônimo de desnutrição, mas também de pobreza. Dessa forma, a transferência de renda com o PBF pode prevenir e reverter esse quadro, tal qual foi constatado neste trabalho, o que não é um achado universal. Burlandy²¹ não conseguiu confirmar impacto positivo do Bolsa Família na saúde infantil.

No presente estudo, a porcentagem de crianças com baixo P/I foi de 3,4% nos anos de 2008, 2009 e 2010, com decréscimo para 3,0% em 2011. Em relação ao índice de P/I, houve aumento do percentual de 7,5 para 9,1% do peso elevado para a idade. Os dados encontrados são diferentes dos apresentados por Monteiro *et al.*²² No presente trabalho, também conduzido com dados do SISVAN no período de 2008, 5,6% das crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF em todo o estado de Minas Gerais apresentavam baixo peso para a idade; 12,5% exibiam baixa estatura para a idade; e 10,5%, peso elevado para a idade. Esses dados são semelhantes aos de outro trabalho, no qual o déficit de peso entre crianças foi de 4,3%, o déficit de altura de 9,9% e o excesso de peso de 14,0%.²³

Grande prevalência de sobrepeso/obesidade também foi encontrada em estudo realizado com família de baixa renda no Nordeste, mostrando percentual de 45%.²⁴ Aguiar,²⁵ analisando o estado nutricional de crianças com faixa etária de zero a sete anos beneficiária do PBF no município de Paulista-PE, encontrou prevalência de excesso de peso e obesidade da ordem de 31,8% em 2008 e 33,4% em 2009. Esses achados revelam que a obesidade pode não ser mais considerada condição relacionada às classes econômicas mais favorecidas, como observado por Silva *et al.*²⁶, uma vez que sua incidência também tem aumentado nas classes de renda baixa, como demonstrado neste trabalho e em outros.^{26,27}

Embora o poder aquisitivo de famílias de baixa renda possa limitar o acesso aos alimentos, o aumento da prevalência de peso excessivo entre crianças de baixa renda é fato. Segundo Coutinho *et al.*²⁸, a

obesidade entre crianças brasileiras é problema de saúde pública e resultante da má-alimentação, o que afeta o sistema cultural, social, econômico e principalmente o sistema de saúde do país.

Rinaldi²⁹ enfatiza que o consumo insuficiente de frutas e hortaliças e o consumo excessivo de alimentos ricos em açúcares e industrializados podem influenciar negativamente o desenvolvimento da obesidade infantil. E pressupõe que o aumento dos índices de excesso de peso entre os beneficiários do Bolsa Família no estado de Minas Gerais seja reflexo de uso incorreto da verba.

Em consonância com essa hipótese, o estudo realizado com a população beneficiária do Bolsa Família de 229 municípios brasileiros por meio de entrevistas revelou que a verba adquirida é investida, em sua maior parte, na alimentação. Porém, os recursos também são utilizados para aquisição de material escolar, medicamentos, gás, vestuários, luz, entre outros. O estudo indica que, das famílias pesquisadas, 73% tiveram aumento do consumo de alimentos após o recebimento desse benefício, sendo que alimentos de mais densidade calórica e menos valor nutritivo (biscoitos, açúcares, óleos e gorduras e alimentos industrializados) foram o que mais prevaleceram em relação ao consumo de hortaliças e frutas.³⁰

Estudo conduzido com famílias beneficiárias do PBF do município de Curitiba notificou que os indivíduos que classificavam sua alimentação como inadequada, o que poderia ser ocasionado por alguns motivos como falta ou consumo reduzido de hortaliças e frutas, o faziam em razão dos custos elevados desses produtos.³¹

O aumento da prevalência de excesso de peso entre beneficiários do PBF parece ser mais uma realidade brasileira que a condicionada ao recebimento do benefício. Alguns estudos mostram que não há diferença estatística entre o estado nutricional de crianças beneficiárias e não beneficiárias do Programa.^{23,31} Entretanto, foi encontrada diferença significativa em relação ao consumo de guloseimas por essas crianças (chance três vezes mais de consumir tais alimentos em relação aos não beneficiários). Famílias pobres que apresentam aumento de renda gastam mais com alimentos ricos em açúcares e gorduras, podendo ser esta a razão do aumento de excesso de peso observado nesse estrato.²³

A detecção do excesso de peso na fase da infância é de suma importância.³² Nessa fase, as intervenções são mais fáceis, de forma a se prevenir compli-

cações atuais e futuras. Reverter esse quadro será mais difícil quanto mais tempo ele se mantiver, dificultando, ainda, mais incorporações de bons hábitos alimentares.³⁴ A obesidade é fator de risco para desenvolvimento de complicações na fase adulta dessas crianças, podendo ter como consequência várias doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes *mellitus* do tipo 2, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, osteoartrite, certos tipos de câncer, apneia do sono, entre outras, que também podem levar à morbimortalidade.³⁵ Crianças com IMC aumentado na infância possuem sérios fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na vida adulta.³⁶

Os benefícios do recebimento de renda pelos beneficiários do PBF são inquestionáveis. Entretanto, a política, embora tenha condicionalidades, não deve estar vinculada unicamente à transferência de renda. Ramos e Cuervo³⁷ concluíram em seu estudo que há insuficiência na promoção de ações isoladas para atingir os objetivos do Programa Bolsa Família. Torna-se de grande importância para a gestão municipal buscar minimizar as dificuldades gerenciadas, capacitando melhor os agentes de saúde, objetivando superar a burocratização no acompanhamento das famílias beneficiárias do programa. Deve-se citar ainda a importância do nutricionista dentro das unidades básicas de saúde para acompanhar essas famílias, pois estas têm como princípio o bem-estar da coletividade e do indivíduo, com o objetivo de promover a saúde juntamente com a assistência alimentar e nutricional.³⁸ Ainda, Oliveira *et al.*³³ evidenciaram que há falta de fiscalização no repasse dos benefícios do Bolsa Família, havendo famílias beneficiárias fora do perfil exigido pelo programa.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados mostraram que entre crianças do estado de Minas Gerais de zero a sete anos beneficiárias do PBF, dos anos de 2008 a 2011, as prevalências de baixo peso e baixa estatura para a idade diminuíram e as de excesso de peso aumentaram. A transição nutricional vivenciada por essas crianças carece de intervenções, pois da mesma forma que a desnutrição é grave e já foi problema de saúde pública no Brasil, o excesso de peso na infância aumenta as chances de diversas afecções na vida adulta. Assim, é de suma importância ações de

educação alimentar e nutricional coordenadas pelo nutricionista, voltadas para o incentivo à alimentação saudável da população assistida pelo Programa Bolsa Família e estimuladas e articuladas nos espaços frequentados pelos beneficiários – escolas e unidades básicas de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. 13ª ed. Volta Redonda: Cadernos UniFOA; 2010. p. 49-53.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepag na internet] Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil; 2010. [Citado em 2012 set. 30]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1.
3. Standing Committee on Nutrition. Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa. London: United Nations System; 2006. (Standing Committee on Nutrition News, 33).
4. Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition-ACC/SCN. Nutrition throughout life. 4th Report on The World Nutrition Situation. ACC/SCN/World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2000.
5. Souto TS, Oliveira MN, Casoy F, Machado EHS, Juliano Y, Gouvêa LC, *et al.* Anemia e renda per capita familiar de crianças frequentadoras da creche do Centro Educacional Unificado Cidade Dutra, no Município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. 2007; 25(2):161-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição; 2005.
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Principais resultados do Bolsa Família. [Citado em 2012 nov. 04]. Disponível: https://www.beneficiosociais.caixa.gov.br/consulta/beneficio/04.01.00-00_00.asp.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. (Série A: normas e manuais técnicos).
9. Coutinho JG, Cardoso AJC, Toral N, Silva ACF, Ubarana JA, Aquino KKN, *et al.* A organização da vigilância alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde: histórico e desafios atuais. *Rev Bras Epidemiol*; 2009; 12: 688-99.
10. Venancio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLRI. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev Bras Saude Mater Infant*; 2007; 7(2):213-20.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social. Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Orientações Básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde/ Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
13. World Health Organization-WHO. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: length/height-forage, weight-forage, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-forage: methods and development. Geneva: WHO; 2006.
14. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007; 85:660-7.
15. DataSus. População residente em Minas Gerais, na faixa etária de 0-7 anos, nos anos de 2008 a 2011. [Citado em 2012 nov 06]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tbge/cnv/popmg.def>.
16. Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Income-Specific Trends in Obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J of Public Health*; 2007. 97(10): 1808-1812.
17. Monteiro CA, Conde WL, Koono SC. Análise do inquérito "Chamada Nutricional 2005" realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde e Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006. [Citado em 2012 nov 15] Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/servicos/servicosantigos/estatisticas/chamada_divulgacao_relatorio_final.PDF/view.
18. Vohlbrecht MBC, Muniz LC. Perfil nutricional das crianças beneficiárias pelo Programa Bolsa Família da Unidade Básica de Saúde do Bairro Dunas. XIX CIC XII ENPOS, II Mostra Científica; 2010. [Citado em 2012 nov 15]. Disponível em: http://www.ufpel.edu.br/cic/2010/cd/pdf/CS/CS_00146.pdf.
19. Laurentino GEC, Arruda IKG, Raposo MCF, Batista Filho M. Déficit estatural em crianças em idade escolar em menores de cinco anos: uma análise comparativa. *Rev Nutr.* 2006; 19(2):157-67.
20. Sawaya AL. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Est Avan.* 2006; 20(58):147-58.
21. Burlandy MCMSL. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Cien Saúde Coletiva.* 2007; 12(6):1441-51.
22. Monteiro CA, Benicio MHA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(1):35-43.
23. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. *Rev Nutr.* 2010; 23(2):221-9.
24. Barbosa JM, Cabral PC, Lira PIC, Florêncio TMMT. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda no Nordeste Brasileiro. *Arch Lantinoam Nutr.* 2009; 59(1):22-9.
25. Aguiar NA. Perfil do estado nutricional de crianças de zero a sete anos beneficiárias do Programa Bolsa Família no período de 2008 e 2009 no município de Paulista/PE. Monografia (III Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e serviços de Saúde). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
26. Silva GAP, Balaban G, Motta MEFA. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(1):53-9.
27. Saldiva SRDM, Ecuder MML, Venâncio SI, Benicio MHA. Prevalence of obesity in preschool children from five towns in São Paulo State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(6):1627-32.
28. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2):S332-40.
29. Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2008; 26(3):271-7.
30. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas-IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional. Documento Síntese; 2008. 1-21. [Citado em 2012 nov 20]. Disponível em: <http://www.ibase.br/pt/wp-content/uploads/2011/06/segal-repercuss%C3%B5es-do-bolsa-fam%C3%ADlia.pdf>
31. Uchimura KY, Bosi MLM, Lima FEL, Dobrykopf VF. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2012; 17(3):687-94.
32. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde.* 2006; 15:47-65.
33. Oliveira FCC, Cotta RMM, Sant'Ana LFR, Priore SE, Franceschini Fabiana SCC. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2011; 16(7):3307-16.
34. Batista FM, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(1):181-9.
35. World Health Organization-WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. WHO technical report series, 894.
36. Souza MR, Bezerra CS, Mazzariol RA, Leite BPF, Liberatore Júnior RDP. Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos. *Arq Cienc Saude.* 2004; 11:215-8.
37. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2012; 17(8):2159-68.
38. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN, nº 200/98, 20 mar 1998. Definição de Atribuições Principal e Específicas dos Nutricionistas. *Diário Oficial da União.* 20 abr. 1998. p. 52-53.