

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA MACEDO DO MUNICÍPIO DE VENÂNCIO AIRES-RS**Carina Garcia Tatsch<sup>1</sup>, Sara Brunetto<sup>2</sup>**RESUMO**

O Programa Bolsa Família efetua a transferência direta de renda para as famílias em vulnerabilidade socioeconômica, atrelando à necessidade de cumprimento de condicionalidades de saúde e educação. O objetivo deste estudo foi analisar o estado nutricional e perfil do consumo alimentar de crianças menores de 7 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família cadastradas na Estratégia Saúde da Família Macedo, no município de Venâncio Aires-RS. Trata-se de um estudo transversal descritivo, que utilizou dados secundários do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Foram incluídos o primeiro registro de dados antropométricos e de consumo alimentar de cada criança, no período de março de 2018 a março de 2019. Do total de 49 crianças, 51,0% (n=25) apresentaram estado nutricional eutrófico, 24,5% (n=12) risco de sobrepeso, 16,3% (n=8) sobrepeso e 8,2% (n=4) obesidade. Verificou-se que a maioria das crianças menores de 2 anos comeram frutas/legumes e 91,7% (n=11) consumiram alimentos ricos em ferro, entretanto 83,3% (n=10) ingeriram também alimentos ultraprocessados. Dentre as crianças maiores de 2 anos, 97,3% (n=36) consumiram alimentos in natura ou minimamente processados e 94,6% (n=35) ingeriram alimentos ultraprocessados. O alto percentual de crianças com excesso de peso e o alto consumo de alimentos ultraprocessados evidenciam a necessidade de implementação de ações para promoção de uma alimentação de qualidade e hábitos de vida saudáveis, possibilitando o pleno crescimento e desenvolvimento, sendo uma responsabilidade compartilhada de setores como educação, assistência social e, na saúde, da Atenção Básica, espaço privilegiado para educação alimentar e nutricional.

**Palavras-chave:** Crianças. Estado nutricional. Consumo alimentar.

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul, Brasil.  
2 - Escola de Saúde Pública do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

**ABSTRACT**

Food and nutritional profile of children benefited by bolsa família program of the macedo health unit at Venâncio Aires city - RS

The Bolsa Família Program guarantees the direct transfer of income to families in high socioeconomic vulnerability, linking the need to comply with health and education conditionalities. The objective of this study was to analyze the nutritional status and dietary intake profile of children under 7 years of age, who benefit PBF from the Macedo health unit at Venâncio Aires city-RS. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study that used secondary data from the Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). The first record of anthropometric and food consumption data was included, from March 2018 to March 2019. The data were tabulated in spreadsheets, using Microsoft Excel for Windows version 2016 and then transferred to a database in the Statistical Packag for the Social Sciences program version 20.0. Of the 49 children, 51,0% (n=25) were eutrophic, 24,5% (n=12) risk of overweight, 16,3% (n=8) overweight and 8,2% (n=4) obesity. Most children under 2 years old ate fruits/vegetables, 91,7% (m=11) consumed iron-rich foods, 83,3% (n=10) ate ultraprocessed foods and 41,7% (n=5) ate foods rich in vitamin A. It was found that of children older than 2 years, 97,3% (n=36) consumed fresh or minimally processed foods and 94,6% (n=35) ingested ultra-processed foods. PBF beneficiary families need the implementation of nutritional intervention programs that provide knowledge about food and stimulate physical activity.

**Key words:** Children. Nutritional status. Food consumption.

E-mail dos autores:  
carinag.garcia@gmail.com  
sara-brunetto@saude.rs.gov.br

## INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) garante a transferência direta de renda para as famílias em alta vulnerabilidade socioeconômica, atrelando à necessidade de cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias, possibilitando acompanhar a situação de saúde e educação desta população específica.

As condicionalidades são impostas para assegurar que eles tenham acesso à assistência social, saúde e educação, possibilitando uma melhor qualidade de vida e a inclusão social. A Atenção Básica é responsável pelo acompanhamento da saúde dos beneficiários do PBF (Figueiredo e colaboradores, 2017).

A vigilância alimentar e nutricional é uma das ações que compõem as condicionalidades de saúde do PBF e possibilita prover as informações contínuas sobre o estado nutricional e o consumo alimentar das crianças beneficiárias.

O estado nutricional durante a infância é de fundamental relevância, uma vez que uma alimentação balanceada em energia e nutrientes é essencial para o pleno crescimento e desenvolvimento nesta fase da vida (Reinehr e Coutinho, 2017).

O acompanhamento da situação nutricional configura-se como ferramenta essencial de gestão, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde.

Além disso, destaca-se a importância do conhecimento do consumo alimentar do público infantil, visto que é recomendado que a avaliação do consumo seja realizada na rotina dos serviços de Atenção Básica, de forma a permitir a observação de comportamento ou padrão que caracterize marcadores positivos e/ou negativos da alimentação (Brasil, 2015).

Através do conhecimento do consumo alimentar das crianças, é possível planejar ações para a promoção de mudanças positivas no comportamento alimentar ainda na infância, fase na qual os hábitos alimentares estão sendo adquiridos e consolidados.

Desta forma, evitam-se os agravos à saúde decorrentes de uma alimentação inadequada (Alves, Muniz e Vieira, 2013; Costa, 2018).

A renda familiar é um fator que influencia diretamente no estado nutricional e

no consumo alimentar. Outros fatores também estão envolvidos nesse contexto, como a aquisição de gêneros alimentícios, as condições em que se vive e os cuidados com a criança.

A avaliação do consumo alimentar e as condições de vida são pontos determinantes do estado nutricional de uma criança, indicando riscos sobre sua morbidade, mortalidade, crescimento e desenvolvimento (Anizelli e colaboradores, 2015).

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo analisar o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar de crianças menores de 7 anos, beneficiárias do PBF da Estratégia Saúde da Família Macedo do município de Venâncio Aires-RS.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, que utilizou os dados secundários do Sistema de Informação em Saúde (SIS) denominado de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Foram incluídos nesta pesquisa o primeiro registro de dados antropométricos e de consumo alimentar das crianças de 0 a 7 anos incompletos, beneficiárias do PBF, no período de março de 2018 a março de 2019, registrados no SISVAN da Estratégia Saúde da Família Macedo do município de Venâncio Aires-RS.

A aferição das medidas antropométricas das crianças beneficiárias do PBF, tais como peso e comprimento ou estatura ocorria mensalmente, na primeira quinta-feira do mês, no turno da manhã e da tarde e o questionário de marcadores de consumo alimentar era realizado uma vez por semestre juntamente com a avaliação nutricional na Estratégia Saúde da Família Macedo, como rotina do serviço. Os dados coletados foram registrados no SISVAN pela nutricionista.

O banco de dados antropométricos deste estudo foi extraído do SISVAN, assim como os dados de consumo alimentar, o último conforme as variáveis presentes no formulário de marcadores de consumo alimentar que varia conforme a idade da criança, pois, existem três questionários diferentes: um para crianças menores de 6 meses, um para crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias e outro para maiores de dois anos.

O formulário para crianças menores de 6 meses permite avaliar a prática de aleitamento materno e a introdução precoce de alimentos; o questionário para as crianças de 6 a 23 meses e 29 dias de idade visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, à identificação de marcadores de risco ou proteção para as carências de micronutrientes e à ocorrência de excesso de peso. Já o formulário para crianças com 2 anos de idade ou mais contempla marcadores de consumo alimentar construídos com base na nova proposta do guia alimentar para a população brasileira (Brasil, 2015).

Para avaliação dos dados de consumo alimentar das crianças menores de 2 anos utilizou-se as seguintes categorias: alimentos ricos em vitamina A, que considera o consumo de vegetal ou fruta de cor alaranjada ou folhas verdes-escuras; alimentos ricos em ferro, que engloba a ingestão de carne ou ovo, fígado e feijão; e ultraprocessados, que envolve o consumo de hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados e biscoito recheado, doces ou guloseimas, o que consta no manual denominado de "Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica" (Brasil, 2015).

Para as crianças maiores de 2 anos utilizou-se as categorias do "Guia Alimentar para a População Brasileira" que compreende alimentos in natura ou minimamente processados (fruta; feijão; verduras e/ou legumes) e ultraprocessados (hambúrguer e/ou embutidos; bebidas adoçadas; macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; biscoito recheado, doces ou guloseimas) (Brasil, 2014).

Além destas variáveis, analisou-se também a idade, o sexo, o peso, o comprimento ou estatura, os indicadores do estado nutricional de acordo com a idade, tais como: o índice de estatura para idade (E/I) e o Índice de Massa Corporal para idade (IMC/I) que foram classificados de acordo com as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde que são utilizadas pelo SISVAN (WHO, 2006; WHO, 2007).

As crianças de 0 a 5 anos de idade de acordo com o IMC/I são classificadas respectivamente com: magreza acentuada (escore z: < -3), magreza (escore z:  $\geq$  -3 e < -2), eutrofia ( $\geq$  -2 e  $\leq$  +1), risco de sobrepeso (>

+1 e  $\leq$  +2), sobrepeso (> +2 e  $\leq$  +3) ou obesidade (escore z: > +3) e as crianças maiores de 5 anos são classificadas com magreza acentuada (escore z: < -3), magreza (escore z:  $\geq$  -3 e < -2), eutrofia ( $\geq$  -2 e  $\leq$  +1), sobrepeso (> +1 e  $\leq$  +2), obesidade (> +2 e  $\leq$  +3) ou obesidade grave (escore z: > +3). Já o índice de E/I para os indivíduos de 0 a 19 anos pode ser classificado com muito baixa estatura para idade (escore z: < -3), baixa estatura para idade (escore z:  $\geq$  -3 e < -2) ou estatura adequada para idade (escore z:  $\geq$  -2 e > +3) (WHO, 2006; WHO, 2007).

Os dados foram tabulados e agrupados sob a forma de planilhas, para isso utilizou-se o programa Microsoft Excel for Windows versão 2016 e após foram transferidas para um banco de dados no programa Statistical Packag for the Social Sciences versão 20.0 para fazer a análise da frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão.

Esta pesquisa utilizou dados secundários, por isso, não se utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As informações coletadas foram exclusivamente para os propósitos aqui descritos e foram seguidas as diretrizes e normas da Resolução CNS nº 466/2012 e 510/2016.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), sob número de parecer circunstanciado 1.432.417.

## RESULTADOS

Foram coletados do SISVAN, os dados secundários de estado nutricional e consumo alimentar de 49 crianças beneficiárias do PBF, sendo que destas, 57,1% (n=28) eram do sexo feminino e 42,9% (n=21) do masculino, com idade mínima de 7 meses e máxima de 6 anos.

Em relação ao estado nutricional da amostra total, de acordo com o IMC/I, 51,0% (n=25) das crianças apresentaram eutrofia, 24,5% (n=12) risco de sobrepeso, 16,3% (n=8) sobrepeso e 8,2% (n=4) obesidade. Quanto à E/I, 95,9% (n=47) tinham estatura adequada para idade e 4,1% (n=2) baixa estatura.

A Tabela 1 apresenta os dados de estado nutricional por faixa etária, conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006; WHO, 2007).

**Tabela 1 - Classificação do estado nutricional das crianças de 0 a 7 anos incompletos.**

ESTADO NUTRICIONAL	n (%)
IMC PARA IDADE* – 0 a 5 anos	
Eutrofia	16 (50,0)
Risco de Sobrepeso	12 (37,5)
Sobrepeso	3 (9,4)
Obesidade	1 (3,1)
TOTAL	32 (100,0)
IMC PARA IDADE* – 5 a 6 anos	
Eutrofia	9 (53,0)
Sobrepeso	5 (29,4)
Obesidade	3 (17,6)
TOTAL	17 (100,0)
ESTATURA PARA IDADE* – 0 a 5 anos	
Baixa estatura para idade	2 (6,3)
Estatura adequada para idade	30 (93,7)
TOTAL	32 (100,0)
ESTATURA PARA IDADE* – 5 a 6 anos	
Baixa estatura para idade	0 (0)
Estatura adequada para idade	17 (100,0)
TOTAL	17 (100,0)

**Legenda:** \*Classificação do IMC para idade e estatura para idade (WHO, 2006; WHO, 2007).

Verificou-se através do SISVAN que 12 formulários de marcadores de consumo alimentar para crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias de idade foram respondidos pelos pais e/ou responsáveis legais, obtendo o respectivo consumo alimentar referente ao dia anterior à pesquisa: todas as crianças tomaram outro leite, aproximadamente dois

terços tomaram iogurte e a maior parte das crianças comeu frutas/legumes (Tabela 2).

Em relação às categorias, 91,7% (n=11) comeram alimentos ricos em ferro, 83,3% (n=10) ingeriram alimentos ultraprocessados, apenas 41,7% (n=5) consumiram alimentos ricos em vitamina A e somente 25,0% (n=3) estavam em aleitamento materno continuado.

**Tabela 2 - Consumo alimentar das crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias (n=12).**

CONSUMO ALIMENTAR	SIM n (%)	NÃO n (%)	NÃO SABE n (%)
Leite materno <sup>1</sup>	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0)
Fruta <sup>1</sup>	9 (75,0)	3 (25,0)	0 (0)
Comida de sal <sup>1</sup>	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)
Outro leite <sup>1</sup>	12 (100,0)	0 (0)	0 (0)
Mingau com leite <sup>1</sup>	3 (25,0)	9 (75,0)	0 (0)
Iogurte <sup>1</sup>	8 (66,7)	4 (33,3)	0 (0)
Legumes <sup>1</sup>	8 (66,7)	4 (33,3)	0 (0)
Vegetal ou fruta de cor alaranjada <sup>1</sup>	5 (41,7)	5 (41,7)	2 (16,6)
Verdura de folha <sup>1</sup>	5 (41,7)	7 (58,3)	0 (0)
Carne ou ovo <sup>1</sup>	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0)
Fígado <sup>1</sup>	0 (0)	12 (100)	0 (0)
Feijão <sup>1</sup>	10 (83,3)	2 (16,7)	0 (0)
Arroz, batata, inhame, aipim, farinha ou macarrão <sup>1</sup>	11 (91,7)	1 (8,3)	0 (0)
Hambúrguer e/ou embutidos <sup>1</sup>	2 (16,7)	10 (83,3)	0 (0)
Bebidas adoçadas <sup>1</sup>	8 (66,7)	4 (33,3)	0 (0)
Macarrão instantâneo ou salgadinhos de pacote <sup>1</sup>	4 (33,3)	8 (66,7)	0 (0)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas <sup>1</sup>	6 (50,0)	6 (50,0)	0 (0)

**Legenda:** <sup>1</sup>Consumo alimentar do dia anterior à pesquisa.

No questionário para indivíduos com 2 anos ou mais, constatou-se que das 37 crianças, 67,6% (n=25) tinham o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular e 56,8% (n=21) realizavam cinco refeições diariamente.

Quanto às categorias de alimentos, 97,3% (n=36) consumiram alimentos in natura

ou minimamente processados, sendo que destes o consumo de verdura e/ou legumes foi baixo e 94,6% (n=35) comeram alimentos ultraprocessados, se destacando a ingestão de bebidas adoçadas e macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados (Tabela 3).

**Tabela 3** - Consumo alimentar das crianças com 2 anos ou mais (n=37).

CONSUMO ALIMENTAR	SIM n (%)	NÃO n (%)	NÃO SABE n (%)
Feijão <sup>1</sup>	32 (86,5)	5 (13,5)	0 (0)
Frutas <sup>1</sup>	29 (78,4)	7 (18,9)	1 (2,7)
Verduras e/ou legumes <sup>1</sup>	17 (45,9)	18 (48,7)	2 (5,4)
Hambúrguer e/ou embutidos <sup>1</sup>	14 (37,8)	22 (59,5)	1 (2,7)
Bebidas adoçadas <sup>1</sup>	26 (70,3)	11 (29,7)	0 (0)
Macarrão instantâneo ou salgadinhos de pacote <sup>1</sup>	23 (62,2)	14 (37,8)	0 (0)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas <sup>1</sup>	13 (35,1)	24 (64,9)	0 (0)

**Legenda:** <sup>1</sup>Consumo alimentar do dia anterior à pesquisa.

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar de crianças menores de 7 anos, beneficiárias do PBF e identificou que cerca de metade das crianças avaliadas tinha excesso de peso.

Este resultado demonstra valores superiores a outros estudos, como Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, que apresenta excesso de peso em 33,5% das crianças de 5 a 9 anos de idade, sendo a obesidade presente em 11,8% do total de casos de excesso de peso das meninas e em 16,6% dos meninos. Já a desnutrição infantil na POF estava concentrada nas famílias com baixa renda e na região norte do país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O Brasil tem passado por um marcante processo de transição nutricional, em decorrência de transformações epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, de hábitos alimentares, dentre outras. Este processo tem provocado mudanças no perfil nutricional da população, sobretudo, no que se refere ao incremento do sobrepeso e obesidade, sem que a desnutrição, e outras deficiências de vitaminas e minerais, tenham sido superadas, exemplificando-se a anemia ferropriva e a hipovitaminose A (Lira e colaboradores, 2017).

Em um estudo que comparou o estado nutricional das crianças de 5 a 10 anos beneficiadas pelo PBF nos estados do Rio Grande do Sul e Acre durante o período de

2011 a 2015, observou-se o aumento da média de prevalência de eutrofia (70,4%) e redução da obesidade grave (4,0%) no Acre, enquanto que o sobrepeso (19,4%), obesidade (9,3%) e obesidade grave (6,9%) foram maiores no Rio Grande do Sul, porém houve aumento do excesso de peso nos dois estados durante os anos analisados, demonstrando que mesmo com características socioeconômicas e culturais diferentes, a prevalência segue em ascensão (Freitas e colaboradores, 2017).

Embora estudos como a POF indiquem risco maior de desnutrição em estratos socioeconômicos mais baixos, para Monteiro e colaboradores (2014), as condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir também para o aumento da prevalência de excesso de peso, pois as famílias de baixa renda apresentam acesso restrito aos alimentos saudáveis e acabam selecionando os alimentos de baixo custo que possuem uma alta densidade energética.

Uma pesquisa conduzida com crianças menores de 7 anos beneficiárias pelo PBF do estado de Minas Gerais analisou os dados antropométricos do SISVAN Web referente aos anos de 2008 a 2011.

A prevalência de risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade aumentaram no decorrer dos anos e houve redução da eutrofia e da magreza, sendo que em média, 26,5% das crianças apresentaram algum grau de excesso de peso ao longo dos anos, o que se

diferencia do nosso estudo (Saldanha e colaboradores, 2014).

Em uma creche localizada em Porto Alegre-RS, 56,8% das crianças de 3 a 6 anos estavam com excesso de peso, se aproximando do nosso achado (Pretto e colaboradores 2014).

A detecção precoce do excesso de peso na infância pode contribuir para a redução do risco do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, diabetes mellitus tipo II, além de problemas ortopédicos e transtornos psicossociais.

Sendo assim, a diminuição do excesso de peso pode ter impacto positivo na redução dos custos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Reinehr e Coutinho, 2017).

As principais demandas atuais do Sistema de Saúde já estão voltadas para as DCNT, o que se acentuará ao longo dos anos, considerando que a população está desenvolvendo os fatores de risco em idades cada vez mais jovens. A questão torna-se mais preocupante visto que os resultados encontrados em nosso estudo indicam frequências ainda maiores de excesso de peso, em idade precoce, comparado a outros estudos e a inquéritos nacionais.

Em relação à E/I, 6,3% das crianças menores de 5 anos apresentaram déficit de altura e todas as crianças maiores de 5 anos estavam com o crescimento adequado.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, encontrou a prevalência estimada de déficit de altura para crianças menores de 5 anos de 7,0%, o que se assemelha com os nossos achados. Em relação a distribuição espacial, a prevalência do déficit de altura foi mais frequente na região norte (14,7%) que nas demais macrorregiões do país.

Além disso, a estratificação social segundo poder aquisitivo familiar evidencia a concentração do déficit de crescimento na infância nos estratos sociais menos favorecidos (Brasil, 2009).

Na POF 2008-2009, a prevalência de déficit de altura na faixa etária de 5 a 9 anos foi de 6,8%, sendo maior em meninos e tendendo a diminuir com o aumento da renda, denotando a forte determinação que a renda familiar exerce sobre o risco da desnutrição infantil no Brasil, o que difere do nosso estudo, pois todas as crianças maiores de 5 anos

estavam com a estatura adequada (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O estado nutricional da criança, principalmente nos primeiros anos de vida, é considerado o principal indicador de saúde desta população, visto que reflete as condições ambientais a que estão expostas, como por exemplo, alimentação, adoecimento, condições de moradia, saneamento básico, socioeconômica e estrutura familiar (Coelho e colaboradores, 2015).

Na nossa pesquisa, em relação ao consumo alimentar das crianças de 6 meses a 23 meses e 29 dias, constatou-se que a maioria tinha uma baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina A, o que corrobora com o estudo realizado no município de Arvorezinha-RS que verificou que as crianças de 6 a 12 meses de idade que eram beneficiárias do PBF consumiam menos alimentos ricos em vitamina A que as demais crianças (Coradi, Bottaro e Kirsten, 2017).

Uma revisão sobre consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras demonstrou que entre os micronutrientes mais frequentemente inadequados em crianças são o ferro e a vitamina A. A hipovitaminose A é a principal causa de cegueira evitável no mundo e, mesmo nos casos mais leves, pode gerar comprometimento do sistema imunológico e aumento da morbimortalidade infantil. As inadequações observadas são reflexos das práticas alimentares incorretas durante a infância, como a introdução tardia de alimentos ricos em ferro, desmame, introdução precoce do leite de vaca e consumo excessivo de produtos industrializados (Carvalho e colaboradores, 2015).

Nas últimas décadas, houve uma diminuição no consumo dos alimentos típicos de cada região, tais como: frutas, verduras e legumes e acréscimo no consumo de alimentos com alta concentração de carboidratos simples, gorduras e sódio, que ocorreu por vários fatores, como o êxodo rural, o aumento da variedade de produtos industrializados e da publicidade destes alimentos (Garcia e colaboradores, 2014).

No presente estudo, somente 25,0% (n=3) das crianças menores de 2 anos estavam em aleitamento materno continuado e todas tomaram outro leite, o que difere da pesquisa de Coelho e colaboradores (2015) em que a prevalência de aleitamento materno foi de 44,4%. Este dado é preocupante, pois a Organização Mundial da Saúde (2001)

recomenda que o aleitamento materno seja até os 2 anos ou mais.

Em relação ao consumo dos demais alimentos, 82,1% comeram frutas, 74,1% legumes/verduras e a maioria comeu alimentos ricos em ferro, como carne e feijão, o que se aproxima dos nossos resultados, o que é bom, visto que estes alimentos deve ser a base da alimentação (Coelho e colaboradores, 2015).

Quanto à ingestão de alimentos inadequados, assim como o observado nesta pesquisa, outros estudos também relataram uma alta prevalência do consumo precoce de alimentos ultraprocessados, o que pode contribuir para a formação de hábitos pouco saudáveis que poderão permanecer até a idade adulta, já que as experiências e aprendizagens dos primeiros anos de vida são determinantes na formação das preferências e aversões alimentares (Caetano e colaboradores, 2010; Campagnolo e colaboradores, 2012).

Em uma pesquisa realizada com crianças de 4 a 24 meses de idade na cidade de Porto Alegre-RS, verificou-se que 79,0% (n=63) das crianças haviam ingerido alimentos ultraprocessados, o que corrobora com o nosso resultado. Também, observou-se que quanto menor a renda familiar, maior foi o número de alimentos ultraprocessados consumido pelas crianças, sendo que uma alimentação minimamente aceitável, de acordo com a diversidade dietética e a frequência de refeições está diretamente relacionada com a maior renda familiar.

Antes dos 2 anos de vida deve-se evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, uma vez que o consumo destes alimentos está associado à anemia, ao excesso de peso e alergias alimentares. Devido à preferência inata ao sabor doce, a oferta de alimentos adicionados de açúcar leva a criança ao desinteresse pelos cereais, frutas, verduras e legumes. Entretanto, o aleitamento materno e a introdução adequada da alimentação complementar preveem melhor aceitação dos alimentos in natura (Giesta e colaboradores, 2019).

Silva (2017) analisou a alimentação não recomendada de 152 crianças menores de 24 meses de Recife-PE que mostrou que o consumo de pelo menos um alimento ultraprocessado pelos lactentes de 6 meses até 1 ano de idade foi de 91,3% e para os maiores de 1 ano foi de 100,0%, ou seja, valores superiores ao nosso estudo. Na

pesquisa acima citada, observamos as seguintes frequências de consumo de alimentos ultraprocessados: biscoito (73,0%), macarrão instantâneo (44,0%), salgadinhos (41,0%), refrigerante (35,0%), embutidos (32,0%) suco artificial (31,0%) e papinha industrializada (28,0%).

Conforme o formulário de marcadores de consumo alimentar para maiores de 2 anos, 94,6% (n=35) consumiram alimentos ultraprocessados, se destacando a ingestão de bebidas adoçadas e macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados. Libanio e colaboradores (2019) utilizaram os dados públicos dos relatórios do SISVAN para investigar o consumo de alimentos ultraprocessados das crianças brasileiras de 2 a 9 anos da região Sul do Brasil que constatou uma alta prevalência de consumo destes alimentos, como o grupo das bebidas adoçadas (70,45%; n=16.172), seguido pela categoria macarrão instantâneo, salgadinhos e biscoitos de pacotes (63,25%; n=14.492), o que corrobora com os nossos resultados.

Como lembra Inocêncio (2017), os alimentos ultraprocessados são mais consumidos quando comparados aos alimentos in natura, e desta maneira o consumo excessivo contribui para a formação de hábitos alimentares não saudáveis, uma vez que o aporte de micronutrientes destes alimentos está longe de ser o ideal para a saúde.

Conforme Castiñeira, Nunes e Rungo (2009), apesar de cerca de 70% das famílias beneficiárias pelo PBF relatarem o incremento da variedade de alimentos consumidos, cabe destacar o aumento no consumo de alimentos altamente calóricos e de baixo valor nutricional que afeta especialmente as famílias com insegurança alimentar grave. Particularmente, o acréscimo do consumo destes alimentos é proporcionalmente maior que o de frutas e verduras. Para Wolf e Filho (2014), a redução da desnutrição tem sido acompanhada do aumento do sobrepeso e anemia, refletindo o consumo inadequado de alimentos.

Constatou-se em nossa pesquisa que 97,3% (n=36) das crianças maiores de 2 anos comeram alimentos in natura ou minimamente processados, embora o consumo de verdura e/ou legumes tenha sido baixo. Os alimentos in natura ou minimamente processados deve ser a base da alimentação, contribuindo para a melhoria na qualidade da mesma, e reduzindo o consumo excessivo de alimentos processados e ultraprocessados (Brasil, 2014).

De acordo com o consumo alimentar para crianças maiores de 2 anos, verificou-se que 67,6% (n=25) tinham o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular.

Na pesquisa de Melo, Silva e Santos (2018), 53,0% dos pré-escolares realizavam as refeições em frente a aparelhos eletrônicos, contribuindo para o aumento do peso corporal e sedentarismo.

Segundo Coelho e colaboradores (2015), dentre os hábitos inadequados, assistir à TV enquanto realiza a refeição foi estatisticamente maior nas crianças mais velhas, sendo preocupante por favorecer o excesso de peso nesta faixa etária, tanto pela distração, quanto pelo contato intensivo com propagandas obesogênicas que poderão influenciar nas escolhas alimentares.

Estes dados refletem a necessidade da realização sistemática das ações de educação alimentar e nutricional coordenadas pelo nutricionista, voltadas para o incentivo à alimentação saudável da população assistida pelo PBF e articuladas com os espaços frequentados pelos beneficiários, como as escolas e unidades básicas de saúde (Saldanha e colaboradores, 2014; Wolf e Filho, 2014).

## CONCLUSÃO

Quase metade das crianças beneficiadas pelo PBF apresentavam excesso de peso e a maior parte das crianças tiveram um alto consumo de alimentos ultraprocessados.

Frente a este resultado, considera-se que as famílias beneficiárias pelo PBF necessitam da implementação de programas de intervenção nutricional que propiciem o conhecimento sobre alimentação, que favoreçam ao sujeito a participação consciente na tomada da decisão acerca de sua alimentação, promovendo, entre outros aspectos, a adoção de hábitos alimentares saudáveis que consequentemente reduz tanto a desnutrição, quanto o excesso de peso.

A Estratégia Saúde da Família é um espaço privilegiado para essa mudança, embora a responsabilidade pela promoção de hábitos saudáveis seja uma responsabilidade intersetorial, abarcando também ações da educação e da assistência social.

A Atenção Básica em parceria com a educação tem o papel de realizar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE), dentre as

ações preconizadas, está a “Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil” e a “Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas”.

Sabe-se que a atividade física é uma aliada importante para diminuir o excesso de peso, assim como, reduzir o número de horas que as crianças ficam assistindo televisão, mexendo no celular e computador, para isso existe a necessidade de espaços públicos adequados e seguros para a prática de atividade corporal.

Outras ações que a Atenção Básica pode realizar são as visitas domiciliares para o acompanhamento das crianças beneficiárias pelo PBF, bem como, estimular que as famílias tenham hortas em casa e sugerir quando for o caso, a realização de hortas verticais para a melhor utilização do espaço disponível.

As oficinas culinárias também são importantes para a promoção de hábitos de vida saudáveis com ênfase na alimentação saudável, diversificada, com reaproveitamento de alimentos e com valorização dos ingredientes regionais, assim como, a retomada de hábitos como cozinhar em família.

Salienta-se ainda a importância da educação permanente dos profissionais da saúde das equipes sobre a temática alimentação, de acordo com as recomendações atuais, para que o assunto seja abordado de forma adequada e contínua, de maneira transversal, nos diferentes momentos em que as famílias acessam os profissionais ou os serviços.

A adoção de padrões alimentares saudáveis não pode ser definida como uma responsabilidade individual.

As escolhas alimentares são influenciadas por diferentes questões e exigem, para sua transformação, políticas públicas capazes de regulamentar a indústria alimentícia, alterar a rotulagem dos alimentos para que seja mais acessível e compreendida pela população, controlar o marketing dos alimentos processados e ultraprocessados, criar sistemas alimentares sustentáveis que possam fornecer alimentos adequados e saudáveis à população.

## REFERÊNCIAS

1-Alves, M. N.; Muniz, L. C.; Vieira, M. F. Alves. Consumo alimentar entre crianças



brasileiras de dois a cinco anos de idade: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18. Num. 11. 2013. p. 3369-3377.

2-Anizelli, C. P.; Brecailo, M. K.; Freitas, A. R.; Vieira, D. G.; Olinto, B. A. Condições de vida e aquisição de gêneros alimentícios de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Vol. 39. Num. 1. 2015. p. 74-87.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília. Ministério da Saúde. 2009.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª edição. Brasília. Ministério da Saúde. 2014.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2015.

6-Caetano, M. C.; Ortiz, T. T. O.; Silva, S. G. L.; Souza, F. I. S.; Sarni, R. O. S. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *Jornal de Pediatria*. Vol. 86, Num. 3. 2010. p. 196-201.

7-Campagnolo, P. D. B.; Louzada, M. L. C.; Silveira, E. L.; Vitolo, M. R. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista de Nutrição*. Vol. 25. Num. 4. 2012. p. 431-439.

8-Carvalho, C. A.; Fonseca, P. C. A.; Priore, S. E.; Franceschini, S. C. C.; Novaes, J. F. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*. Vol. 33. Num. 2. 2015. p. 211-221.

9-Castifeira, B. R.; Nunes, L. C.; Rungo, P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil. *Revista Espanõla de Salud Pública*. Vol. 83. Num. 1. 2009. p. 85-97.

10-Coelho, L. C.; Asakura, L.; Sachs, A.; Erbert, I.; Novaes, C. R. L.; Gimeno, S. G. A. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 20. Num. 3. 2015. p. 727-738.

11-Coradi, F. B.; Bottaro, S. M.; Kirsten, V. R. Consumo alimentar de crianças de seis a doze meses e perfil sociodemográfico materno. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*. Vol. 12. Num. 3. 2017. p. 733-750.

12-Costa, J. S. P. Excesso de peso, padrão de consumo alimentar, parto cesáreo e pressão arterial em pré-escolares. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana. 2018.

13-Figueiredo, C. S. L.; Cruz, A. G.; Carvalho, A. S.; Souza, F. G. A.; Souza, S. A.; Sousa, D. F.; Santana, W. J.; Rocha, E. M.B. Avaliação do estado nutricional de escolares beneficiários do Programa Bolsa Família da comunidade Palmeirinha. *Revista e-ciência*. Vol. 5. Num. 1. 2017. p. 78-85.

14-Freitas, A. G.; Lima, D. G.; Bortolini, M. J. S.; Meneguetti, D. U. O. M.; Santos, E. F. S.; Junior, H. M.; Silva, R. P. M. Comparação do estado nutricional em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa de transferência de dinheiro condicional nos Estados do Acre e do Rio Grande do Sul, Brasil. *J. Hum. Growth Dev*. Vol. 27. Num. 1. 2017. p. 35-41.

15-Garcia, C.; Brum, D. P.; Schneider, D. E. R.; Possuelo, L. G. Consumo alimentar: um estudo sobre crianças com sobrepeso e obesidade do Espaço Mamãe Criança de Vera Cruz-RS. *Cinergis*. Vol. 15. Num. 4. 2014. p. 195-200.

16-Giesta, J. M.; Zoche, E.; Corrêa, R. S.; Bosa, V. L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 24. Num. 7. 2019. p. 2387-2397.

17-Inocência, M. M. Práticas alimentares e marcadores de consumo alimentar em estudantes de educação básica. Monografia de Curso de Graduação em Nutrição.

Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Ijuí. 2017.

18-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE. 2010.

19-Libanio, I. F. F.; Correa, R. S.; Monteiro, A. S.; Vallandro, J. P. Consumo de alimentos ultraprocessados em crianças atendidas pelo serviço de Atenção Básica na região Sul do Brasil. *International Journal of Nutrology*. Vol. 12. Num. 1. 2019. p. 35-40.

20-Lira, M. C. S.; Menezes, R. C. E.; Silva, G. L.; Oliveira, M. A. A.; Oliveira, J. S.; Costa, E. C.; Leal, V. S.; Asakura, L. Estado nutricional de crianças segundo critérios do SISVAN em municípios do estado de Alagoas. *O Mundo de Saúde*. Vol. 41. Num. 1. 2017. p. 68-76.

21-Melo, K. S.; Silva, K. L. G. D.; Santos, M. M. D. Avaliação do estado nutricional e consumo alimentar de pré-escolares e escolares residentes em Caetés-PE. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 12. Num. 76. 2018. p. 1039-1049.

22-Monteiro, F.; Schmidt, S. T.; Costa, I. B.; Almeida, C. C. B.; Matuda, N. S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 5. 2014. p. 1347-1358.

23-Organização Mundial de Saúde. OMS. Global strategy for infant and young child feeding. World Health Assembly. 2001.

24-Pretto, A. D. B.; Spessato, B. C.; Dutra, G. F.; Valentini, N. C. Prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças frequentadoras de uma creche no município de Porto Alegre e sua relação com a atividade física e consumo alimentar. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 8. Num. 46. 2014. p. 89-96.

25-Reinehr, S. G. M.; Coutinho, R. E. Consumo alimentar e estado nutricional de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias do Programa Bolsa Família de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. *Biblioteca virtual da saúde*. 2017. p. 1-15.

26-Saldanha, L. F.; Lagares, E. B.; Fonseca, P. C.; Anastácio, L. R. Estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*. Vol. 24. Num. 4. 2014. p. 478-485.

27-Silva, I. K. F. Alimentação de lactentes residentes em uma comunidade pobre da cidade do Recife-PE. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2017.

28-Wolf, M. R.; Filho, A. A. B. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19. Num. 5. 2014. p. 1331-1338.

29-World Health Organization. WHO. Child Growth Standards. 2006.

30-World Health Organization. WHO. Growth reference data for 5-19 years. 2007.

Recebido para publicação em 14/09/2020  
Aceito em 14/03/2021