

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO

INÊS TEREZINHA OLIVEIRA JACQUES

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DIREITO AO ALIMENTO:  
ROMPENDO O CICLO DA POBREZA?**

PORTO ALEGRE

2010

INÊS TEREZINHA OLIVEIRA JACQUES

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DIREITO AO ALIMENTO:  
ROMPENDO O CICLO DA POBREZA?**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini

PORTO ALEGRE

2010

INÊS TEREZINHA OLIVEIRA JACQUES

**PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E DIREITO AO ALIMENTO:  
ROMPENDO O CICLO DA POBREZA?**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini – PUCRS

---

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi , PhD -PUCRS

---

Prof. Dr. Airton Stein - ULBRA/RS

## **Agradecimentos**

*À CAPES, pela possibilidade de realização desta pesquisa;*

*Aos funcionários e professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, por me acolherem com tanto carinho e me inspirarem na construção deste estudo através de suas posturas éticas, seus exemplos e seus profundos conhecimentos;*

*A minha querida orientadora, professora Dra. Maria Isabel Barros Bellini pela sua amizade, paciência, compreensão, competência e parceria nesta caminhada;*

*Aos Professores Dra. Patrícia Krieger Grossi e Dr. Airton Stein, por aceitarem o convite de compor as Bancas e contribuírem com este estudo;*

*Aos colegas de Mestrado, do NEST e do GFASS pelo acolhimento, carinho e amizade recebida neste período;*

*À Dra. Nadiane Lemos por ter aprovado e permitido, com tanto acolhimento, a realização deste estudo no Município de Gravataí;*

*Às Famílias; Funcionários do SMTCAS e do CENQ ; Técnicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários das USF, do Município de Gravataí, pela acolhida e cooperação na realização da pesquisa;*

*Aos meus pais, Atalino (em memória) e Eva, pelo exemplo, apoio e ensinamentos.*

*Obrigada por fazerem parte de minha vida. Amo vocês!*

*Aos meu filhos queridos, Vinícius e Carla, vocês serão sempre minha razão de viver, meus amores eternos;*

*Ao meu amado irmão, com muito orgulho do Assistente Social, Professor, Dr. Jairo pelo exemplo, profissionalismo e apoio de sempre nesta caminhada. Minha gratidão eterna!*

*À toda minha família, pelas energias positivas e apoio constante em minha vida;*

*Ao PAI MAIOR, por me dar forças, discernimento, fé e me iluminar nos momentos de inquietudes nesta trajetória, te agradecerei sempre.....*

***“Quando uma pessoa sente fome,  
é porque tudo o mais já lhe foi negado”.***  
**Betinho**

## RESUMO

O presente estudo aborda o Direito ao Alimento Adequado para as crianças menores de 7 anos de idade de famílias vinculadas ao PBF - Programa Bolsa Família no Município de Gravataí/RS, no período de 2009. O Programa Bolsa Família é um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, sendo que uma das condicionalidades para inclusão é a família realizar o acompanhamento semestral nas Unidades de Saúde da Família do município para verificação do perfil nutricional, onde este dado é repasso para o SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Este estudo apresenta uma pesquisa quanti-qualitativa, ou seja, foram ambas utilizadas, a partir dos pressupostos das abordagens quantitativa e qualitativa para atingir o objetivo da investigação. A pesquisa, primeiramente, obteve, através do SISVAN, o número total de 244 crianças no município com a condicionalidade saúde atendidas neste período, sendo que destas, 20,9% estavam acima do peso ideal para a idade e 1,64% estavam abaixo do peso. Assim, cerca de 22,54% das população infantil atendida no PBF encontra-se fora das condições satisfatórias em relação ao seu estado nutricional e, conseqüentemente, fora de peso. Através da pesquisa qualitativa, foi realizado o trabalho de campo, durante o qual foram feitas visitas nos domicílios das famílias do PBF com crianças que apresentavam os seguintes perfis: 2 crianças de peso baixo, 2 crianças com obesidade e 2 com peso normal. Nestas visitas, nas famílias, foram reconhecidos os sujeitos da pesquisa, identificadas transformações na vivência familiar a partir do ingresso no programa, alterações quanto à organização doméstica, aquisição de bens, mudanças nos hábitos alimentares, direcionando mais especificamente a questão sócio-econômica-nutricional que norteia a sua vida. Nesta caminhada, constatou-se que a inserção de muitas famílias no PBF possibilitou a compra de alimentos, o auxílio no aumento da renda familiar, a compra de material escolar e o saneamento das necessidades básicas de cada família pesquisada. Por fim, os resultados deste estudo revelam a importância da integração do PBF com outros programas sociais que apontem para a promoção de direitos e que construam condições para a emancipação de um contingente da população brasileira bastante vulnerável e, com isso, repercutir no direito ao alimento e na segurança alimentar e nutricional de nossa população.

**Palavras-Chave:** Direito ao alimento; Segurança Alimentar; Programa Bolsa Família; Saúde; Políticas Sociais.

## ABSTRACT

The study examines the Right to Food Suitable for children under 7 years of age in families linked to the Family Grant Program in the City of Gravataí / RS, from 2009. The Family Grant Program is a federal program of income transfers to families in poverty and extreme poverty, and one of the conditions for inclusion is the family follow up in six units of Family Health of the city to check the nutritional profile, where that data is passed on to the System of Food and Nutrition Surveillance. This study presents a quantitative and qualitative research, or both were used, from the assumptions of quantitative and qualitative approaches to achieve the goal of the research. The research, first, obtained through SISVAN, the total number of 244 children in the municipality with the conditionality health met in this period, and among these, 20.9% were above the ideal weight for age and 1.64% were below weight. Thus, about 22.54% of the children seen in the PBF is out of satisfactory conditions in relation to their nutritional status and therefore out of weight. Through qualitative research was conducted fieldwork, during which visits were made in the homes of families in the program with children with the following profiles: 2 low weight children, obese children 2 and 2 with normal weight. During these visits, families were recognized the subject of research, identify changes in family life from the entrance in the program, changes in the domestic organization, procurement, changes in eating habits, more specifically targeting the social-economic and nutritional that guides your life. On this walk, it was found that the inclusion of many families in the program allowed the purchase of food aid in increasing the family income, the purchase of school supplies and basic sanitation needs of each household surveyed. Finally, our results reveal the importance of integration of the PBF with other social programs that point to the promotion of human rights and to build conditions for the emancipation of a contingent of the Brazilian population highly vulnerable and, therefore, pass on the right food and food security and nutrition of our population.

**Keywords:** Right to Food; Food Security; The Family Grant Program; Health; Social Policies.

## **LISTA DE SIGLAS**

Programa Bolsa Família – PBF

Programa Fome Zero - PFZ

Programa da Saúde da Família -PSF

Unidade de Saúde da Família – USF

Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate a Fome – MDS

Política Nacional de Assistência Social – PNAS

Segurança Alimentar e Nutricional – SAN

Política de Segurança Alimentar e Nutricional - PSAN

Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS

Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN

Sistema Único de Assistência Social – SUAS

Sistema Único de Saúde - SUS

Conselho de Segurança Alimentar – CONSEA

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN

Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN

Conselho de Segurança Alimentar de Gravataí – CONSAGRA

Programa de Aquisição de Alimentos - PAA



Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA

Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN

Direitos Humanos de uma Alimentação Adequada – DHAA

Proposta de Emenda Constitucional – PEC

Organização das Nações Unidas- ONU

Organização Mundial da Saúde – OMS

Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF

Índice de massa corpórea – IMC

Recommended Dietary Allowances – RDA

National Center for Health Statistics – NCHS

World Health Organization - WHO

Conferência Nacional de Saúde- CNS

Comitê Permanente de Nutrição do Sistema de Nações Unidas - SCN/ONU

Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC

Metas para o Desenvolvimento do Milênio - MDM

Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas -CESCNU

Coordenadoria-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN

Constituição Federal de 1988 – CF/88

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada – IPEA

Sistema de Gestão de Benefícios – SIBEC

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Distribuição de população residente (%), por grupos de idade, segundo a situação de segurança alimentar existente no domicílio no Brasil ..... 40
- Gráfico 2** – Distribuição percentual dos arranjos familiares residentes em domicílios particulares, segundo o tipo de arranjo familiar – 1996 – 2006, IBGE ..... 53
- Gráfico 3** - Proporção de arranjos familiares constituídos por mulheres sem cônjuge com filhos, segundo as Regiões Metropolitanas 1996/2006 ..... 53

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70 por pessoa.....	46
<b>Tabela 2</b> - Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa .....	46
<b>Tabela 3</b> - Rendimento médio mensal familiar <i>per capita</i> – 2006 .....	54
<b>Tabela 4</b> - Estatura para idade – crianças de 0 a menos de 5 anos – OMS, 2006 .....	66
<b>Tabela 5</b> - Peso para idade – crianças de 0 a menos de 5 anos - OMS, 2006 .....	66
<b>Tabela 6</b> - Estatura para idade – crianças de 5 a 10 anos – OMS, 2007 .....	67
<b>Tabela 7</b> - IMC para idade – crianças de 5 a 10 anos – OMS, 2007.....	67
<b>Tabela 8</b> - Perfil Nutricional das crianças menores de 7 anos com condicionalidade saúde no Município de Gravataí em 2009.....	79
<b>Tabela 9</b> - Pontos de corte (PI) estabelecidos para crianças menores de 7 anos .....	81

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 O DIREITO</b> .....	<b>19</b>
1.1 DIREITOS HUMANOS .....	21
1.2 DIREITO À SAÚDE E AO ALIMENTO .....	26
<b>2 DO DIREITO AO ALIMENTO À SEGURANÇA ALIMENTAR E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL</b> .....	<b>33</b>
2.1 DA CONSTITUIÇÃO/88 AO PROGRAMA FOME ZERO .....	33
2.2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL .....	43
<b>3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL</b> .....	<b>49</b>
3.1 VULNERABILIDADE SOCIAL E A FAMÍLIA.....	49
3.2 A CRIANÇA, SUAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS E O SISVAN .....	56
<b>4 A TRAJETÓRIA INVESTIGATIVA NA BUSCA DO CONHECIMENTO</b> .....	<b>71</b>
4.1 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO.....	72
4.2 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO A PARTIR DO MATERIALISMO HISTÓRICO .....	72
4.3 PESQUISA QUANTI-QUALITATIVA: VALORIZANDO A PESQUISA EM SUA TOTALIDADE .....	76
<b>5 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM SUAS CONTRADIÇÕES: DIREITO AO ALIMENTO &amp; DIREITO A SAÚDE &amp; DIREITO A INFORMAÇÃO</b> .....	<b>88</b>
5.1 A INFLUÊNCIA DO PBF NO PERFIL NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS .....	90
5.2 A VIDA COTIDIANA DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS E SUAS RELAÇÕES COM O PBF .....	101
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>110</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>116</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>122</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>129</b>

## INTRODUÇÃO

Estamos, neste início de milênio, vivendo um período de grandes transformações e incertezas. Um período histórico no qual a tecnologia vem favorecendo a humanidade com um progresso cada vez maior na mesma medida em que cria situações de abandono e vulnerabilidade social. Estas situações se expressam na precarização no mundo do trabalho, no qual a substituição do ser humano pela máquina diminui as perspectivas deste mesmo sujeito de viver do trabalho, de garantir sua subsistência e de minimamente garantir a sua alimentação. Observa-se que no mundo do trabalho muitos vivenciam perda de direitos e fragilidades nas relações sociais. Esses sujeitos se evidenciam como sendo os usuários das políticas públicas, buscando nelas a sua sobrevivência, tornando-se dependentes destes recursos, e exercendo sua cidadania. Entendemos políticas públicas como “diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado”, as quais são definidas por meio de leis ou programas de atuação, envolvendo a divisão de custos e benefícios sociais (TEIXEIRA, 2002, p. 2). As políticas públicas existem para auxiliar no combate das mais diversas expressões da questão social<sup>1</sup> no país, dando destaque para a miserabilidade e a fome que assolam grande parte da população, fazendo crescer a vulnerabilidade das famílias.

---

<sup>1</sup> Entendemos que as expressões concretas e imediatas da “questão social” têm como contraface a lei geral da acumulação capitalista desenvolvida por Marx em *O Capital*, ou seja: a pauperização, a fome, a exclusão, a vulnerabilidade, as desigualdades sociais (PASTORINI, 2004, p. 47).

A realidade brasileira no que se refere ao acesso ao alimento, tema dessa pesquisa, apresenta um quadro dramático que impõe o envolvimento de todas as áreas profissionais no combate a essa situação. Atualmente, sabemos, através de nossa atuação profissional, que ocorre em nosso país uma transição nutricional que corresponde a mudanças dos padrões nutricionais, modificando a dieta das pessoas e se correlacionando com mudanças sociais, econômicas, demográficas e saúde, sendo que o tema da alimentação tem provocado dimensões, seja pelo aumento da obesidade, seja pela falta de alimentos em vários países. Fatores diferentes, como econômicos e culturais etc. de um país ou região, podem determinar diferenças no processo de transição nutricional. No entanto, a característica básica foi de crescimento de dieta rica em gorduras, açúcar, alimentos refinados e redução em carboidratos complexos e fibras, bem como diminuição da atividade física, o que desencadeia aumento de peso e de doenças.

O quadro nutricional do Brasil já revela, há mais de 15 anos, mudanças de padrão, indicando a coexistência de desnutrição, de sobrepeso e obesidade em todos os segmentos da população, em especial às crianças, que vêm apresentando quadros clínicos como hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado. Esses problemas, até bem pouco tempo, eram sintomas exclusivamente de adultos, tornando-se situações de extrema gravidade social, pois desequilibram a saúde dos sujeitos, expondo-os ao risco maior de adoecerem ou até de morrerem.

A obesidade na infância e adolescência tem como importância a possibilidade de sua manutenção na vida adulta, pois se nas idades menores a morbidade não é frequente, já no adolescente verifica-se a concomitância de fatores de risco, como as dislipidemias, a hipertensão, o aumento da resistência insulínica. Esse quadro leva seguramente o adulto a uma situação de risco e ao aumento da mortalidade, por associação com a doença arteriosclerótica, hipertensão e alterações metabólicas.

Assim, um processo de alimentação de qualidade a partir da infância, em todos os seus aspectos e dimensões, é fundamental para garantir saúde e uma boa qualidade de vida aos sujeitos. Para isso é de suma importância a discussão e a problematização deste tema de pesquisa, enfatizando, assim, como professora

universitária, membro do CONSAGRA - Conselho de Segurança Alimentar de Gravataí - e Presidente do Comitê de 1ª Instância de Controle Social do Programa Bolsa Família de Gravataí, nosso interesse pessoal e das secretarias de Saúde e da Assistência do Município de Gravataí em desenvolver este estudo.

Como nutricionista e docente da Faculdade de Enfermagem e Serviço Social da ULBRA/Gravataí e Canoas, entendemos a importância de um estudo aprofundado sobre família e o crescente processo de exclusão social, principalmente as de baixa renda, que as coloca dependentes de programas sociais para sua subsistência. Isso nos leva a pensar cada vez mais que profissionais de diversas áreas devem voltar seu olhar para esta temática, pois convivemos cotidianamente com as múltiplas expressões da questão social. Este aprofundamento auxilia na qualificação para entender e atuar no contexto das políticas sociais, públicas e privadas e assim construir possibilidades de melhor enfrentamento da realidade social.

Neste contexto, esta pesquisa foi direcionada ao PBF - Programa Bolsa Família implantado pelo Governo Federal Brasileiro com a perspectiva de combater a pobreza e a fome no país. Ele exige das famílias beneficiadas o cumprimento de condicionalidades e, entre elas, a avaliação semestral do perfil nutricional das crianças. Esse estudo avaliou, através do PBF, o Estado Nutricional de crianças das famílias beneficiadas pelo programa no município de Gravataí – RS no ano de 2009, para verificar as possíveis contribuições deste programa na melhoria do quadro nutricional das crianças e na vida cotidiana destas famílias. Neste sentido, este estudo vem ao encontro da linha de pesquisa vinculada ao Serviço Social e Políticas Sociais, pois relaciona o Programa Bolsa Família com o enfoque no direito ao alimento.

O presente trabalho está estruturado no Método Dialético Crítico, em que se busca compreender as contradições sociais vividas em nosso cotidiano e está dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre “o que é o direito” e suas diversas formas conceituais como direitos humanos, à saúde e ao alimento. Para essa reflexão buscamos apoio em várias áreas do conhecimento para sua fundamentação, o que já anuncia que o

tema Direito não é propriedade de nenhuma área do conhecimento.

O segundo capítulo tem como objetivo analisar as principais leis que citam direta ou indiretamente nas Políticas Sociais no Brasil o direito ao alimento ou a alimentação até o surgimento do direito à Segurança Alimentar. Este capítulo problematiza o que a Constituição de 1988, o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente, PNAS - Política Nacional de Assistência Social descrevem sobre o direito ao alimento subsidiar e enfatizar a PSAN - Política de Segurança Alimentar e Nutricional em nosso país.

O terceiro capítulo enfatiza o conceito de família e seu significado social na sociedade contemporânea. Este capítulo também direciona a reflexão sobre a centralidade na família em situação de vulnerabilidade social nas políticas sociais e como isso se configura em nossa sociedade. Possibilita-se também o conhecimento do SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como ferramenta avaliativa utilizada pela área da saúde no PBF para acompanhamento do perfil nutricional das crianças.

No quarto capítulo encontramos o processo de pesquisa, os procedimentos, instrumentos e técnicas de coleta de dados, sua análise e interpretação. A análise quantitativa está direcionada aos dados levantados no SISVAN sobre o perfil nutricional das crianças vinculadas ao PBF e a qualitativa está relacionada às entrevistas das famílias destas crianças do programa. Acredita-se que o presente estudo irá contribuir com uma análise aprofundada das políticas sociais<sup>2</sup> oportunizadas pelo Governo Federal e seu significado na vida dos usuários do Programa Bolsa Família, através da verificação do perfil nutricional das crianças destas famílias. Procurar-se-á também relacionar vigilância nutricional, políticas sociais e qualidade de vida, visto que a questão alimentar é fundamental na saúde e bem-estar dos sujeitos.

O quinto capítulo descreve a vida cotidiana das famílias beneficiadas e suas relações com o programa, como também, discute a influência do PBF no perfil

---

<sup>2</sup> PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição do ministério da Saúde e a PNAS - Política Nacional de Assistência Social, cujas ações são monitoradas pelo Ministério do Desenvolvimento Social.



nutricional das crianças das famílias vinculadas a ele, buscando responder à indagação que mobiliza esta pesquisa. Para finalizar o estudo, nas considerações finais são feitas pontuações acerca da relação e importância do aprofundamento e conhecimento sobre família, seus direitos e necessidades alimentares para a garantia da saúde e qualidade de vida das crianças e qual o papel das políticas sociais neste contexto.



# **CAPÍTULO 1:**

## **O direito**

## 1 O DIREITO

O desafio desse capítulo é reflexivo sobre a categoria Direito, e iniciamos com a seguinte pergunta: O que é ter direito?

Inicialmente, ao falarmos sobre o que é o direito, a tarefa será dissociá-lo de falsas compreensões: “A maior dificuldade, numa apresentação do Direito, não será mostrar o que ele é, mas dissolver as imagens falsas [...] Se procurarmos a palavra que mais frequentemente é associada a Direito, veremos aparecer a lei ...” (LYRA FILHO, 2006, p.7).

O direito não se restringe à lei, nem se limita ao Estado, por outro lado, não se assume aqui o pressuposto jusnaturalista<sup>3</sup> de que existem direitos naturais inerentes aos seres humanos, sendo este o primeiro dos dois paradigmas para compreender a ideia que iluminou o movimento de conquistas de direitos. O segundo é representado pela ideia de que os direitos são resultados do movimento histórico em que são debatidos, correspondendo a um homem concreto e às suas necessidades, delimitado pelas condições sociais, econômicas e culturais de determinada sociedade. São direitos estabelecidos em determinados períodos, sob determinações culturais, sociais, políticas e econômicas e referem-se ao homem concreto, aquele que vive em determinada sociedade (COUTO, 2004).

Os direitos são construções sociais temporais e em processo, e pode-se definir o direito como “a livre organização social da liberdade”. Ou ainda, como expressa Marx e Engels, “o livre desenvolvimento de cada um é condição para o livre desenvolvimento de todos”. (LYRA FILHO, 2006, p.91).

Para melhor elucidação, uma das formas de compreender o campo dos direitos é classificá-lo a partir da ideia de geração<sup>4</sup>, sendo que de primeira geração são considerados os direitos civis e políticos, conquistas adquiridas nos séculos XVIII e XIX, entendidos como direitos exercidos pelos homens, homem sujeito, tendo

---

<sup>3</sup> Doutrina filosófica do jusnaturalismo defende a ideia de os direitos serem inerentes à condição humana. É pela natureza humana que se justifica a garantia desses direitos (COUTO, 2004).

<sup>4</sup> Alguns autores apontam a imprecisão do termo geração ao tratar do catálogo de direitos, cientes de que o termo, ao dar uma ideia geracional, deixa de evidenciar a dinâmica entre a construção dos direitos e a realidade objetiva das sociedades onde são enunciados (COUTINHO, 2000).

como princípio a oposição à presença da intermediação do Estado para seu exercício, pois coloca o homem como mandatário dos direitos civis, exercendo-os contra o poder do Estado, ou, no caso dos direitos políticos, exercê-los na esfera de intervenção do Estado. De segunda geração estão inclusos os direitos sociais, que são exercidos pelos sujeitos por meio de intervenção do Estado, pois este tem o dever de protegê-los. A partir do século XX, destacaram-se os movimentos para reconhecer os direitos de terceira geração, que seriam os direitos ao desenvolvimento, à paz, ao meio ambiente e à autodeterminação dos povos, os quais são embasados na ideia de solidariedade (COUTO, 2004).

Está no cerne da compreensão jurídica moderna a concepção de que todos os homens são iguais e livres: iguais em dignidade e livres para o exercício da autonomia. Liberdade e igualdade constituem o direito moderno: indivíduos modernos se consideram iguais e livres, sendo esses princípios que norteiam o direito contemporâneo. Cada cidadão reinterpreta as práticas sociais, os princípios que norteiam a comunidade e podem gerar compromissos explícitos, com base na reciprocidade, o membro de um grupo, o cidadão pode fazer exigências aos outros e aceitar, ao mesmo tempo, as exigências alheias. Isso somente é possível por se viver em uma sociedade governada por princípios comuns, que são constantemente reinterpretados. As responsabilidades de cada membro não se esgotam com as regras, mas estão vinculadas aos princípios que norteiam a comunidade (DWORKIN, 2003)

O direito é, antes de tudo, uma atitude reflexiva, contestadora, em que cada cidadão é responsável em reinterpretar, em cada caso específico, os compromissos que o unem aos compromissos coletivamente firmados para que todos os indivíduos possam ser tratados como iguais em dignidade e fazer uso máximo de suas liberdades (ROCHA, 2008).

Direitos não são prestações materiais, mas sim relações sociais, ou seja, o direito à saúde não está no hospital, na assistência médica, mas sim em um conjunto de relações sociais que garantam a melhor saúde possível, o que inclui o hospital e o médico. O mesmo pode ser dito sobre o direito à alimentação. Alimentar-se adequadamente não é simplesmente ter acesso à comida, mas sim

estar inserido em um conjunto de relações sociais que permitam o pleno exercício e gozo de uma alimentação saudável e prazerosa.

Assim, quando a LOSAN - Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional afirmou que se alimentar adequadamente é um direito fundamental, está expressando que toda a sociedade tem o compromisso, agora institucional, de assegurar relações sociais que permitam a cada indivíduo alimentar-se de forma adequada às suas necessidades. Embora esta ação não esteja restrita unicamente ao Estado e envolva um compromisso de todos os sujeitos com o futuro, sabe-se que o Estado tem uma responsabilidade que é sua e não pode ser compartilhada, o que impõe reinterpretar os compromissos públicos pensando o que a sociedade é, "...o que o direito representa para nós: para as pessoas que queremos ser e para a comunidade que queremos ter" (DWORKIN, 2003, p.492). Esta atitude reflexiva tem como base o pressuposto de que todos os cidadãos são iguais e livres, portanto devem ser tratados com igual respeito e consideração.

Destaca-se ainda no campo dos direitos a questão que tem sido área de luta nas sociedades modernas e de quem é o portador dos direitos, ou seja, foram incorporados as mulheres, os índios, as crianças, os idosos e as minorias étnicas e religiosas como portadoras de direitos a partir de grandes discussões em momentos históricos diferentes e em sociedades distintas.

## 1.1 DIREITOS HUMANOS

Os direitos humanos são direitos fundamentais da pessoa, para que possa se desenvolver e participar plenamente da vida: o direito à vida, alimentação, saúde, moradia, educação, à segurança, ao afeto, à liberdade e à igualdade. É importante entender que os direitos humanos são fundamento de todos os outros direitos porque a vida humana contempla toda e qualquer dimensão: política, social, econômica, cultural, religiosa, etc. Violar estes direitos é violar o bem mais precioso do ser humano: a vida que se manifesta em sua plenitude na liberdade, na igualdade e na solidariedade. Por isso, os direitos humanos devem ser tratados em seu

conjunto como interdependentes, indivisíveis, complementares, universais, inalienáveis, imprescritíveis (NEVES, 2008).

No campo dos direitos, dois documentos são centrais no processo de elaboração e de garantia legal. O primeiro é a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão pela Assembleia Nacional Constituinte Francesa em 1789, visando à defesa internacional dos direitos humanos, e o segundo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos que a ONU criou em 1946 onde esta Comissão de Direitos proclamou em 10 de dezembro de 1948: “considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo”. O seu artigo primeiro apresenta a ideia de direitos contida em toda a Declaração: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.” Esses dois documentos representam prerrogativas conceituais distintas, pois a declaração francesa foi elaborada no século XVIII na plena efervescência dos direitos civis e políticos, quando estavam sendo garantidos os direitos à liberdade, à propriedade, à segurança e à resistência à opressão; e a declaração da ONU foi construída no século XX, quando os direitos sociais estavam em disputa na sociedade e são colocados no mesmo patamar os direitos civis, políticos, econômicos e culturais (ALVES, 2000, p. 37 apud COUTO, 2004).

O DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada está previsto originalmente no art. 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no qual é discutido no contexto da promoção do direito a um padrão adequado de vida. O mesmo direito é reafirmado no art. 11º do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC).

O DHAA começa pela luta contra a fome, não se limitando a isso, pois, conforme os documentos internacionais de Direitos Humanos, existem duas dimensões indivisíveis do DHAA, que são o direito de estar livre da fome e da má nutrição e o direito à alimentação adequada. E para realizar essas duas dimensões, requer a garantia de todos os demais direitos humanos.

O ser humano necessita muito mais do que ter uma alimentação

nutricionalmente equilibrada, e o DHAA não deve - e não pode - ser interpretado neste sentido reducionista e restritivo, pois a alimentação para o ser humano é o retrato de sua cultura e sua relação com o mundo e deve ser entendida como processo de transformação da natureza em gente saudável e cidadã (VALENTE, 2002).

Nos termos dos artigos 2º e 11º do PIDESC, dentre as obrigações do Estado no que concerne ao DHAA, é ressaltada:

a) a obrigação de adotar medidas, com o máximo de recursos disponíveis, para realizar progressivamente o Direito Humano à Alimentação Adequada;

b) a obrigação de adotar as medidas necessárias para assegurar o direito fundamental de todos de estarem livres da fome;

c) a obrigação de não-discriminação.

A todo direito humano correspondem obrigações do Estado e responsabilidades de diferentes atores sociais (indivíduos, famílias, comunidades locais, e organizações não-governamentais, da sociedade civil e do setor privado) em relação à sua realização. Nesse contexto, toda vez que se define um Direito Humano, estabelece-se um titular de direitos e um portador de obrigações, pois direitos e obrigações são as duas faces de uma mesma moeda.

No âmbito da legislação sobre Direitos Humanos, as obrigações são sempre em última instância do Estado. A obrigação do Estado parte do entendimento de que este controla a utilização dos recursos públicos, sejam estes financeiros, humanos, materiais e legais, bem como detém o monopólio do uso legal da força, através da polícia e do exército. As obrigações do Estado são as de usar este poder de forma:

- a não violar os direitos humanos dos habitantes do seu território (respeito);
- a proteger os direitos humanos dos habitantes de seu território contra as ações de terceiros que violem esses direitos (proteção);
- a promover ações que reduzam a discriminação e as desigualdades sociais

(promoção); e

- a garantir que os seres humanos possam viver com dignidade mesmo em situações adversas, que fujam ao seu controle (provimento).

Violações ao DHAA acontecem sempre que esse direito não é respeitado, protegido, promovido ou provido, e ações ou omissões podem representar uma violação ao DHAA e demais direitos humanos. Como a obrigação de assegurar a proteção e garantir a realização efetiva dos direitos humanos é sempre, em última instância, dos Estados, estes são os únicos violadores destes direitos, mesmo que as violações em uma determinada localidade tenham sido provocadas por ações de terceiros. E, apesar do destaque que se dá às violações por parte do Poder Executivo, em inúmeras situações, violações ocorrem devido a ações e/ou omissões também do Poder Judiciário e do Poder Legislativo.

Violações aos direitos humanos atingem, normalmente, muito mais aqueles que são marginalizados socialmente ou pertencem a minorias étnicas, religiosas ou sexuais. No entanto, qualquer pessoa pode ter os seus direitos violados, inclusive o DHAA, mesmo aquelas que não são marginalizadas socialmente.

As presentes considerações sobre a exigibilidade do DHAA no Brasil têm como objetivo contextualizar brevemente a realidade brasileira a fim de que os exemplos apresentados possam ser mais bem entendidos pelos leitores desta pesquisa. A legislação brasileira garante uma forte base legal para a exigibilidade do DHAA, pois o país faz parte de todas as convenções internacionais relevantes sobre o DHAA e ratificou, sem reservas, o PIDESC. Em 1992, este tratado internacional foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro, cuja Constituição Federal de 1988 possui um dos textos mais avançados do mundo no que se refere à proteção e à promoção da realização de Direitos Humanos. O DHAA está também previsto em várias leis vigentes no Estado brasileiro, inclusive na LOSAN e na lei que reinstalou o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA (VALENTE, 2007), que serão descritas no próximo capítulo deste estudo.

Realizada em 1993, a II Conferência Mundial de Direitos Humanos tem como um dos resultados a Declaração de Viena, que se configura como um dos



documentos mais abrangentes adotados consensualmente pela comunidade internacional sobre o tema dos direitos humanos. Tal Conferência contribuiu decisivamente para consolidar e difundir a importância de temas de interesse internacional como os direitos humanos. Além disso, pôs fim a antigas disputas doutrinárias sobre os principais fundamentos dos direitos humanos.

De fato, os direitos humanos adquirem algumas características próprias, que os diferenciam dos demais direitos, e que ajudam a defini-los e a reconhecê-los, são elas: internacionalismo, universalidade, indivisibilidade e como direitos frente ao Estado (CORREIA, 2005). A marca característica da universalidade dos direitos humanos residirá no seu conteúdo, isto é, normas gerais que se destinam a todas as pessoas como seres humanos quer sejam nacionais ou estrangeiros.

A reafirmação da universalidade dos direitos humanos constituiu uma das conquistas da Declaração de Viena ao afirmar no seu artigo 1 que: “A natureza universal de tais direitos e liberdades não admite dúvidas”. E ainda afirma no artigo 5º que as particularidades históricas, culturais e religiosas devem ser levadas em consideração, mas os Estados têm o dever de promover e proteger todos os direitos, independentemente dos respectivos sistemas.

A indivisibilidade dos direitos humanos está relacionada à compreensão integral desses direitos, os quais não admitem fracionamentos. São os direitos econômicos, sociais e culturais que sofrem as maiores críticas relacionadas a esse respeito. Essa questão foi tratada por ocasião da I Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1968, realizada em Teerã e também ratificada na II Conferência de Viena de 1993.

Consequentemente, pode-se dizer que todos os direitos humanos, nacional e internacional, constituem um complexo integral, harmônico e indivisível, em que os diferentes direitos estão necessariamente inter-relacionados e são interdependentes entre si.

## 1.2 DIREITO À SAÚDE E AO ALIMENTO

É sabido que o Brasil vem vivenciando, ao longo das últimas décadas, uma série de tentativas de mudar a forma e o conteúdo de prestar atenção básica em saúde. Entretanto todas as iniciativas, por melhor que tenham tido a origem de suas propostas em termos de base filosófica, princípios e diretrizes, não foram ainda suficientes para alterar na sua totalidade as bases que sustentam o modelo médico assistencial predominante no país. Para alterar e implantar um novo modelo de assistência à saúde, é necessário compreender a dinâmica econômico-sócio-político-cultural que determina a hegemonia de modelo sanitário, centrado nos hospitais, na subespecialização nas ações de programas verticais e nas práticas médicas baseadas na doença e nos aparatos medicamentosos (NOGUEIRA, 2004). Essas bases que ainda não sofreram alterações trazem elementos arraigados do modelo anterior e que foi vigente durante décadas na política de saúde brasileira.

A Constituição de 1988 estabelece no Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO, 1988).

No contexto da formulação e aprovação do Sistema Único de Saúde - SUS, a saúde passou a ser compreendida como dimensão social da cidadania, fazendo-se importante espaço de luta coletiva, agregando-se a outros movimentos da sociedade civil e reclamando a universalização do direito à saúde, estratégias de municipalização e o efetivo controle social no sistema de saúde (BRASIL, 2001).

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS (1986) assumiu a saúde “como resultado dos modos de organização da produção no contexto histórico de uma sociedade e que deve ser conquistada pela coletividade em sua existência cotidiana, constituindo avanço sem precedentes na abordagem das questões sanitárias, uma vez que apontava para a ruptura do modelo centrado na ação médica, curativa e biologicista”. Esse conceito amplo exige que o Estado

assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação e a universalidade do acesso da população às condições mínimas de vida digna e bem-estar. Dentre os diversos avanços propiciados pela conferência, um dos mais importantes é o chamado Conceito Ampliado de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida..., a Saúde não é um conceito abstrato. Define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª Conferência, 1986).

Diretrizes como estas nos conduzem inexoravelmente ao desafio da promoção da saúde, integrando o processo de inovações que operam uma ampla reforma setorial, pautada pela universalização do direito à saúde, democratização e descentralização do sistema de saúde. Por isso, a Carta de Ottawa (1986) declara que a promoção da saúde consiste:

[...] em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Na concepção holística adotada, para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente (BRASIL, 2001).

Como vimos acima, a promoção da saúde tem um conceito amplo e abrangente que se diferencia com uma tênue linha divisória do conceito de prevenção de doenças. A promoção da saúde procura identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde - doença, no qual insere-se a promoção da alimentação saudável, e busca transformá-los favoravelmente no sentido da saúde. Já a prevenção de doenças busca que os indivíduos não sejam acometidos por estas, contudo como saúde não pode ser resumida apenas à ausência de doenças, pessoas potencialmente em risco de desenvolver uma determinada doença, como as crônicas não-transmissíveis, por exemplo, poderiam investir em melhorar sua capacidade funcional, ampliar suas sensações de bem-estar e desenvolvimento individual (e coletivo) na perspectiva ampliada da promoção antes

da prevenção. Para a prevenção, evitar a doença é um fim em si mesmo, enquanto que para a promoção o objetivo contínuo e permanente é alcançar um adequado nível de vida, em toda a sua complexidade (CZERESNIA, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde vem trabalhando em vários espaços de discussão com outros ministérios, demais níveis de gestão do sistema de saúde e instituições de ensino e pesquisa. O processo é para a construção de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual tem a alimentação e nutrição como uma das linhas de cuidado a ser abordado na perspectiva de modos de viver mais saudáveis.

Nesse sentido, a promoção da saúde apresenta-se como um caminho para o fortalecimento e a implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que fomente o diálogo do setor saúde com os outros setores do governo e da sociedade, compondo assim redes de co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a vida (PINHEIRO, 2005).

É nesse contexto com velhos e novos problemas e situações que surgiu o Programa da Saúde da Família (PSF), em março de 1994, como uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde. O programa está inserido em um cenário de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e fundamentada em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde, segurança alimentar e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, no qual um PSF se destina a realizar atenção contínua às famílias com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de ação (SOUSA, 2008). É fundamental a compreensão de que o SUS, assim como outras políticas sociais, representa conquistas da luta da população por seus direitos e, dessa forma, participe ativamente das definições dessas políticas, de sua execução e do controle de seus resultados.

Antes do SUS, em um contexto político ditatorial, a saúde significava tão somente serviços de saúde, e mesmos esses não eram voltados para todos os

cidadãos, caracterizando uma situação que poderemos chamar de “cidadania regulada”<sup>5</sup>, (Fleury) pois se o indivíduo tivesse carteira de trabalho, tinha acesso a um tipo de serviço; caso fosse um trabalhador rural ou um trabalhador sem carteira assinada, era tratado como indigente, ou seja, dependia da caridade pública; e, se pudesse pagar, tinha acesso aos melhores serviços de acordo com sua escolha. Deste modo, o SUS foi criado com o objetivo de promover o acesso universal e igualitário, cujas ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo (lei 8.080);
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (lei 8.080);
- Participação da comunidade (lei 8.142).

Assim, ao ratificar os mais relevantes tratados internacionais de direitos humanos, de segurança alimentar e nutricional, o Estado brasileiro, juntamente com seus municípios, comprometeu-se a garantir também o direito a uma assistência integral na unidade de saúde e no domicílio através do SUS, com resolubilidade e de boa qualidade, elegendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, fazendo com que ela seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.

Como uma das diretrizes da promoção da Saúde, o DHAA torna-se condição primeira para o exercício pleno da cidadania e da vida, e esta compreensão nos remete a identificar a importância da discussão do direito ao alimento e a nutrição em todas as áreas de ação governamental e não-governamental.

O acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida. Negar esse direito é,

---

<sup>5</sup> De acordo com a construção da cidadania, esta esteve sempre vinculada com a centralidade que o trabalho exercia como organizador das relações socioeconômicas. No caso dos direitos sociais, como um dos elementos centrais da cidadania, podemos dizer que no Brasil foram conquistas dos trabalhadores e para os trabalhadores (FLEURY, 1999).

antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania (Ministério das Relações Exteriores do Brasil, 1996).

Esta dimensão reforça a necessidade, cada vez maior, de políticas sociais mais justas e que enfatizem este direito constitucional a todos os indivíduos independentemente de classe, etnia, gênero, idade em nosso País. É preciso que todas as instituições pertencentes de nossa sociedade incorporem prioridades e metas em seus objetivos sobre este tema nos planos de desenvolvimento, pois, além de ser um objetivo em si, é condição para o desenvolvimento e a superação da pobreza.

Com esta visão, o Comitê Permanente de Nutrição do Sistema das Nações Unidas (SCN/ONU) definiu como linha prioritária de atuação estimular os países a incorporarem as prioridades alimentares e nutricionais com vista ao alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), sob a perspectiva do DHAA. Desta forma, pretende-se que, em um futuro próximo do desejado, os avanços e a qualidade de vida, atingidos por poucos, sejam alcançados pela maioria da população mundial.

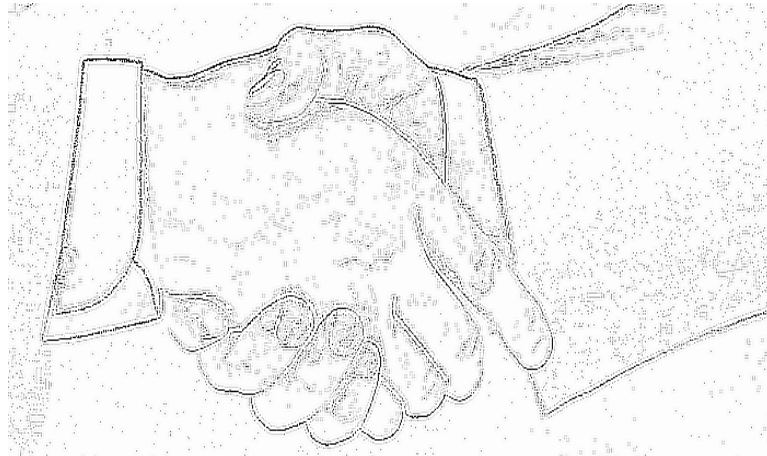
As Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) preveem oito pontos, porém elencaremos três que estão relacionados com a alimentação e nutrição: erradicar a extrema pobreza e a fome; reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna. A abordagem de direitos humanos incorpora à discussão, ao planejamento e à implementação de ações as dimensões de promoção da dignidade; a redução de desigualdades de raça/etnia, urbano/rural, econômica e social e a alimentação adequada para uma qualidade de vida. É sabido que parte significativa dos problemas pelos quais passa a grande parcela da população mundial está relacionada diretamente com questões alimentares e nutricionais, sejam elas pela ausência ou excesso do alimento, sejam pela má qualidade da alimentação ou por condições de vida e de saúde que impedem o aproveitamento adequado do alimento disponível.

As expressões da questão social, pelo direito à alimentação, iniciam pelo confronto contra a fome e a miséria, ou seja, pela garantia a todos os cidadãos de ter uma vida digna com acesso diário a alimentos seguros e em quantidade

suficiente para subsidiar as necessidades nutricionais básicas essenciais para a manutenção da saúde e qualidade de vida. Investir na qualidade alimentar e nutricional dos indivíduos é investir na sua capacidade de se desenvolver e produzir, na sua saúde e na redução de tensões político-sociais permanentes; é gerar, em médio prazo, disponibilidade de recursos que, caso contrário, deverão ser direcionados para ações compensatórias, muitas vezes pouco eficientes. Entretanto, não é apenas o ato de se alimentar, mas as pessoas precisam que a alimentação tenha outras conotações mais abrangentes, como processo de transformação de natureza, transpondo sua função química – de absorção de nutrientes – e física – sob a forma de alimentos. Pois o ser humano, ao longo de sua história, desenvolveu uma intrincada relação com o processo alimentar, transformando-o em ritual de criatividade, de partilha, de carinho, de amor, de solidariedade e de comunhão entre os indivíduos e com a própria natureza, permeado pelas características culturais de cada agrupamento.

O ato de alimentar-se está ligado à sua família, a amigos, a experiências pessoais, a folclore. Comendo pratos característicos de sua infância ou cultura, o indivíduo se renova em outros níveis além do físico, fortalecendo também sua saúde mental e sua dignidade humana. Assim, o direito à alimentação passa pelo direito de acesso aos recursos e meios para produzir alimentos seguros e saudáveis que possibilitem uma alimentação de acordo com os hábitos e práticas alimentares de sua cultura, região ou de sua origem étnica (VALENTE, 2002).

Por outro lado, sabemos que pessoas adoecem por uma alimentação inadequada, contraindo, no decorrer de suas vidas, doenças crônicas e/ou porque ingeriram alimentos deteriorados ou contaminados por terem sido armazenados ou preparados de forma inadequada. Faz parte também do direito à alimentação ter informações corretas sobre o conteúdo dos alimentos, práticas alimentares em condições higiênicas e estilo de vida saudável, que promovam a saúde e a segurança alimentar e nutricional.



## **CAPÍTULO 2:**

### **As políticas**



## **2 DO DIREITO AO ALIMENTO À SEGURANÇA ALIMENTAR E AS POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL**

### **2.1 DA CONSTITUIÇÃO/88 AO PROGRAMA FOME ZERO**

Neste capítulo serão abordadas as principais Leis instituídas no Brasil, como a própria CF/88, o ECA, a PNAS e a LOAS, que historicamente auxiliaram na explicitação, mesmo que indiretamente, do Direito à Alimentação no rol dos direitos sociais. Para isto iniciaremos citando a Constituição de 88, cujo artigo 6º diz: São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 26, de 2000).

Este direito encontra-se implícito nos princípios e em vários dispositivos constitucionais, como, por exemplo, direito a um salário mínimo, assistência social, educação, alimentação escolar, não discriminação e o direito à vida. Ademais, a CF/88 estabelece como fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana. Em 2007 foi encaminhada a proposta pelo Deputado Federal Sr. Nazareno Fonteles de Emenda Constitucional (PEC) nº 64 que, além da alimentação, também incluiu a comunicação como direito social dos brasileiros. Se aprovada, o artigo 6º ficará assim redigido: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, a comunicação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2008), o que dará não apenas nova redação, mas novo sentido ao artigo 6º da Constituição Federal, acrescentando a alimentação e a comunicação como um direito social. As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º O artigo 6º da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, a comunicação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 2º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Verifica-se ao exposto acima que, referente ao direito à alimentação, ações em direção ao reconhecimento como elemento fundamental de inclusão social no País estão sendo concretizadas. No mês de abril de 2007 foi lançada, na Câmara dos Deputados, a Frente Parlamentar de Segurança Alimentar e Nutricional, estruturada a partir da aprovação da Lei nº 11.342 de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, e que tem como objetivo principal discutir e encaminhar propostas que ajudem a democratizar e consolidar esse direito humano primordial, permitindo a todos o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, com base em práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (MDS, 2007).

Diversos acordos e pactos internacionais reconhecem o direito de todos os cidadãos de “usufruir de um padrão de vida adequado para si mesmo e sua família, incluindo moradia, vestuário e alimentação adequados, e à melhoria contínua das condições de vida” (cf. Art. 11º do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC), ratificado sem reservas em 1992, inclusive pelo Brasil. O referido Pacto reconhece o direito fundamental de todo ser humano de estar livre da fome e obriga os Estados a adotar medidas e programas concretos para atingir esse fim.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, órgão que zela pelo cumprimento do PIDESC, apresentou, em seu Comentário Geral Nº 12 de 1999 sobre o Direito à Alimentação Adequada, uma interpretação definidora para o direito internacional das disposições contidas no Pacto. O Comentário estabelece, em seu conteúdo normativo, nos parágrafos 1 e 2 do artigo 11º do PIDESC, a seguinte deliberação: “O direito à alimentação adequada realiza-

se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção”. Para atingir tal propósito, cada Estado fica obrigado a assegurar que todos que estão sob sua jurisdição tenham acesso à quantidade mínima, essencial, de alimento, que seja suficiente, nutricionalmente adequada e segura, para garantir que estejam livres da fome.

A PNAN, homologada em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e tem como fundamentos a garantia e promoção da Segurança Alimentar e Nutricional e o reconhecimento da responsabilidade do Estado e da sociedade civil pela concretização do Direito Humano à Alimentação e Nutrição Adequadas com um forte componente intra e intersetorial (Ministério da Saúde, 2000).

O conceito adotado no Brasil de Segurança Alimentar e Nutricional consiste em “garantir a todos condições de acesso a alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo assim para uma existência digna em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana” (1ª Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais, 2001)

O DHAA é reconhecido no PIDESC e é entendido como o direito de acesso à vida e à riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pelo ser humano. Sem uma alimentação adequada, não há o direito à vida (VALENTE, 2002). A amplitude da PNAN no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional requer um delineamento de uma política que se materializa em diferentes programas e ações de forma articulada com todos os setores no nível federal, estadual e municipal, assim como a sociedade civil organizada. Para alcançar o propósito da PNAN e assegurar a concretização do direito humano à alimentação e nutrição adequadas, são definidas as seguintes diretrizes:

- 1) Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- 2) Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- 3) Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- 4) Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- 5) Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças

- associadas à alimentação e nutrição;
- 6) Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e
- 7) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (VALENTE, 2002).

No tocante aos vários segmentos específicos da população, como acampados, assentados, quilombolas, indígenas, entre outros, o acesso aos serviços de saúde (assistência e prevenção), assim como as ações da PNAN tornam-se um grande desafio dos Gestores em todos os níveis (municipal, estadual e federal).

Direcionando essa problematização para a criança e o adolescente, sujeito desta pesquisa, sabe-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho dispõe sobre a proteção integral da criança e do adolescente nos art. 1º ao art. 4º, sendo que este último assegura o direito à alimentação, como segue:

- Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.
- Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.
- Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.
- Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.
- Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 1990).

No Brasil, o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) é o órgão responsável pelas três frentes de atuação em defesa da inclusão e dos direitos sociais – à Assistência Social, a Segurança Alimentar e o direito à renda.

A Assistência Social como política pública de proteção social configura uma situação nova em nosso país. Apenas na Constituição Federal de 1988, a Assistência Social passou a integrar o Sistema de Seguridade Social, como política pública não contributiva, pautada pela universalidade da cobertura e do atendimento, ao lado da Saúde (não-contributiva) e da Previdência Social (contributiva). Isso significa que a Assistência Social hoje é um dever do Estado e um direito de “quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social”

(CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Contudo, a consolidação da assistência social como política pública e direito social ainda exige o enfrentamento de importantes desafios. A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro/2003, em Brasília/DF, apontou como principal deliberação a construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, requisito essencial da Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública.

Em 2004 ocorreu a implantação da PNAS - Política Nacional de Assistência Social, que busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado (PNAS, 2004, p 8).

Desencadear a discussão e o processo de reestruturação orgânica da política pública de assistência social na direção do SUAS, ampliando e resignificando o atual sistema descentralizado e participativo, é retrato, portanto, do compromisso conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e demais gestores da política de assistência social. Estes estão à frente das secretarias municipais, estaduais, do Distrito Federal e potencialização de todos os esforços políticos e administrativos necessários ao enfrentamento das grandes e crescentes demandas sociais, e dos inéditos compromissos políticos assumidos pelo novo governo federal.

Tendo em vista que a política de Assistência Social sempre foi espaço privilegiado para operar benefícios, serviços, programas e projetos de enfrentamento à pobreza, considera-se a erradicação da fome componente fundamental nesse propósito. A experiência acumulada da área mostra que é preciso articular distribuição de renda com trabalho social e projetos de geração de renda com as famílias.

Até 2005, era possível identificar diversos programas na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, geridos pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Em 2006, para melhor organização das ações do MDS no âmbito do Plano Plurianual (PPA), os programas foram reunidos no chamado

*Programa Acesso à Alimentação*, o qual atualmente tem como objetivo garantir à população em situação de insegurança alimentar o acesso à alimentação digna, regular e adequada à nutrição e à manutenção da saúde humana.

No Programa Acesso à Alimentação encontra-se um conjunto variado de ações, algumas mantendo ainda o título de programas, como é o caso do Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA), do Programa Restaurantes Populares e do Programa Banco de Alimentos (IPEA, 2007).

Ainda que Karl Max em 1943 (p. 73) já mencionasse, em seus escritos, a base conceitual de segurança alimentar: “não é possível libertar os homens enquanto não estiverem em condições de obter alimentação e bebida, habitação e vestimenta, adequados qualitativamente e quantitativamente”, as primeiras referências ao conceito de Segurança Alimentar no Brasil, em nível documental, surgem no Ministério da Agricultura, no fim de 1985, em meio à crescente mobilização da sociedade. Neste período foi elaborada uma proposta de “Política Nacional de Segurança Alimentar” para atender às necessidades alimentares da população e atingir a auto-suficiência nacional na produção de alimentos, incluindo a criação do CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar (VALENTE, 2001, p. 66).

Em 1993, paralelamente à criação do CONSEA e em sintonia com as demandas da sociedade civil, o governo federal, de forma absolutamente inédita na história do país, reconheceu o círculo vicioso formado pela fome, miséria e violência e definiu o seu enfrentamento como prioridade de governo.

Um desafio posto ao País é a efetiva implantação do monitoramento integrado da situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população, entendida como:

A realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais e sendo sustentável do ponto de vista socioeconômico e agroecológico (CONSEA, 2004).

A reunião de programas em um ministério no Brasil possibilitou ações

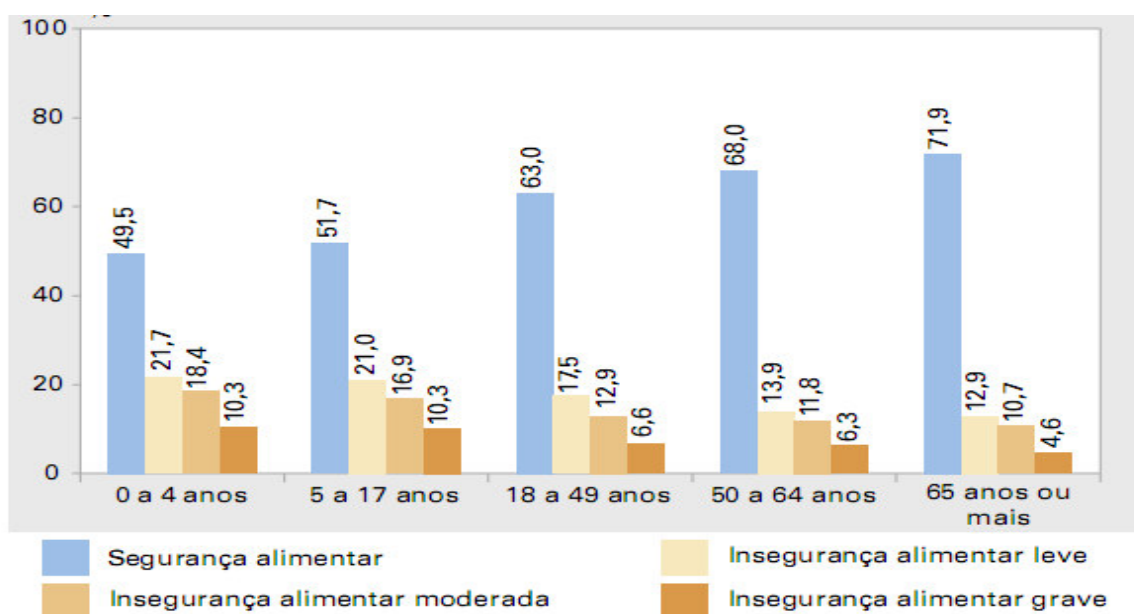
conjuntas de proteção social para garantir as seguintes seguranças: de sobrevivência (rendimento e autonomia); de acolhida e de convívio ou vivência familiar, sendo estas políticas direcionadas ao público usuário, que são:

Cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: *famílias* e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclo de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, (...) (PNAS, 2004. p27).

É consenso que a situação de vulnerabilidade das famílias encontra-se diretamente associada à situação de extrema pobreza e ao perfil de distribuição de renda no país. A criança excluída da escola, nas vilas, no trabalho precoce urbano e rural e em situação de risco, pertence a uma família desassistida pela política oficial, ou que, quando assistida, muitas vezes, o é inadequadamente. A assistência recebida não corresponde às suas necessidades e demandas, não oferece o suporte básico para que cumpra suas funções como principal agente de socialização dos seus membros, crianças e adolescentes principalmente. Objetivamente, o nível de bem-estar infantil se manifesta de forma precisa, podendo ser medido e percebido através das condições gerais de sobrevivência, consumo de alimentos e grau de nutrição, nível de educação e respeito dos seus direitos humanos básicos, entre os quais o de manter um vínculo estável com a família (FILHO, 2000, p. 19).

A seguir, o Gráfico 1 apresenta a distribuição de população residente (%), por grupos de idade, segundo a situação de segurança alimentar existente no domicílio no Brasil, fornecido pelo IBGE em 2004.

**Gráfico 1 - Distribuição de população residente (%), por grupos de idade, segundo a situação de segurança alimentar existente no domicílio no Brasil.**



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004.

Os resultados do gráfico 1 mostram que a segurança ou a insegurança alimentar no Brasil tem associação forte com a composição da unidade domiciliar e que há prevalência maior de insegurança alimentar nos domicílios em que residiam menores de 18 anos de idade em comparação com a prevalência observada nos domicílios nos quais todos os moradores são adultos. Isso demonstra a vulnerabilidade das crianças em nosso país com relação à segurança alimentar e à possibilidade de elas terem uma saúde e um desenvolvimento adequado neste período de vida.

Nesta mesma pesquisa realizada pelo IBGE foram classificados em situação de segurança alimentar 80,4% dos domicílios da Região Sudeste sem moradores com idade abaixo de 18 anos, onde esta proporção foi menor, na mesma região, quando foram analisados os domicílios com pelo menos um morador com idade abaixo de 18 anos, resultando em 66,8%. Este comportamento dos dados foi sistematicamente o mesmo nas diversas regiões, variando, apenas, a magnitude das diferenças. No Nordeste, as prevalências da condição de segurança alimentar foram de 61,2% em domicílios onde moravam apenas adultos e de 38,9% naqueles



nos quais residiam, também, pessoas com idade abaixo de 18 anos (IBGE, 2004). Estes dados demonstram a necessidade crescente de viabilizarmos ações direcionadas às crianças e adolescentes com políticas públicas intersetoriais na organização, planejamento e efetivação da segurança alimentar em todo território brasileiro para diminuirmos gradativamente estas diferenças.

Todo sujeito tem direito a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. Isso é que chamamos de Segurança Alimentar e Nutricional. Ela deve ser totalmente baseada em práticas alimentares promotoras da saúde, sem nunca comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. Esse é um direito do brasileiro, o direito de se alimentar devidamente, respeitando as particularidades e características culturais de cada região. E o Brasil, como todo país soberano, deve garantir a Segurança Alimentar e Nutricional de seu povo através de seus programas contemplados na agenda da política social do país.

Através desta contemplação, o governo federal implementou o Programa Fome Zero – PFZ, que é uma estratégia impulsionada pelo nosso atual governo, para assegurar o direito humano à alimentação adequada às pessoas com dificuldades de acesso aos alimentos. Tal estratégia se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional, buscando a inclusão social e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome. Este programa tem uma ação articulada e integrada dos ministérios que implementam políticas fortemente vinculadas às diretrizes do PFZ e possibilita uma ação planejada e articulada com melhores possibilidades de assegurar o acesso à alimentação, a expansão da produção e o consumo de alimentos saudáveis, a geração de ocupação e renda, a melhoria na escolarização, nas condições de saúde, no acesso ao abastecimento de água. Isso tudo sob a ótica dos direitos de cidadania (Presidência da República, 2009). Um dos pontos positivos do PFZ foi possibilitar a vinculação entre a Política de Segurança Alimentar e Nutricional e a necessidade de repensar a ação do Estado. Pois quanto mais garantida a integração das áreas envolvidas nesse tema, mais estimuladas as parcerias e mais bem promovidos os canais de participação popular e controle social, maior é a possibilidade de consolidação efetiva dessa política. A realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e

Nutricional, em 2004, consolidou o reconhecimento pelo Estado da necessidade de implementação de uma política pública de segurança alimentar e nutricional fortemente apoiada na participação da sociedade brasileira.

Dessa forma, os princípios do PFZ têm por base a transversalidade e intersectorialidade das ações estatais nas três esferas de governo; no desenvolvimento de ações conjuntas entre o Estado e a sociedade; na superação das desigualdades econômicas, sociais, de gênero e raça; na articulação entre orçamento e gestão e de medidas emergenciais com ações estruturantes e emancipatórias.

Por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério do Desenvolvimento Agrário, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Ciência e Tecnologia, do Ministério da Integração Nacional, do Ministério do Meio Ambiente, do Ministério da Justiça e da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, além do Ministério da Fazenda, o governo federal articula políticas sociais com estados e municípios. E, com a participação da sociedade, implementa programas e ações que buscam superar a pobreza e, conseqüentemente, as desigualdades de acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes, de forma digna, regular e sustentável (Presidência da República, 2009).

Historicamente, em 1991, no Brasil, foi marco inicial o debate sobre os Programas de Transferência de Renda, que foi, inicialmente, mobilizado pela aprovação do Projeto de Lei nº 80/1991, que propõe a instituição do Programa de Garantia de Renda Mínima, em sessão o Senado Federal de 16/12/1991, de autoria do Senador do Partido dos Trabalhadores, Eduardo Suplicy. Ele introduziu, definitivamente, na agenda pública brasileira, a possibilidade da implementação de Programas de Transferência de Renda, preconizando a transferência direta de auxílio financeiro como forma de complementação da renda de famílias pobres (SILVA, 2004, p.12).

## 2.2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO BRASIL

Sendo uma das principais propostas na política social do governo brasileiro, o Programa Fome Zero apresenta-se como um programa abrangente, coordena medidas estruturais, específicas e locais, sendo uma das principais ações executadas a implantação do Programa Bolsa Família (MDS, 2004). O Programa Bolsa Família foi instituído pela Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentada pelo Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004. Tem por objetivos: aliviar a pobreza de forma imediata, por meio de transferência de renda direta às famílias; contribuir para redução da pobreza entre gerações, por meio do acompanhamento das condicionalidades, e apoiar o desenvolvimento de capacidades das famílias, por meio da articulação com programas complementares.

As condicionalidades mencionadas são os compromissos assumidos pelas famílias nas áreas de Saúde e Educação para continuarem a receber o benefício monetário do Programa Bolsa Família. Na área de Saúde, os compromissos consistem no acompanhamento da saúde de gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 anos de idade. Na área de Educação, as condicionalidades previstas são a matrícula e a frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos (MDS, 2004).

O Programa Bolsa Família pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza:

1. promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família;
2. reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades, o que contribui para que as famílias consigam romper o ciclo da pobreza entre gerações;
3. coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários do Programa Bolsa Família consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza. São exemplos de programas complementares: programas de geração de trabalho e renda, de alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos (MDS, 2004).

Estas condicionalidades foram estabelecidas por que, apesar da ampla oferta de serviços públicos existentes no Brasil, geralmente das políticas públicas, em especial as políticas sociais, são acessadas em maior e com mais intensidade pelas

famílias menos pobres do que pelas famílias pobres ou extremamente pobres. Em grande parte, isso se deve ao histórico do desenho da oferta pública de serviços de saúde, educação e assistência social, com base em um modelo de espera que fornece serviços e benefícios àqueles grupos que os demandam. Então, ao estabelecer as condicionalidades que as famílias devem cumprir no Programa Bolsa Família, o Estado, em suas três esferas de governo, assume o compromisso de assegurar as condições para que os serviços públicos de saúde e educação estejam disponíveis e, também, induzir o acesso das famílias pobres e extremamente pobres a esses direitos. Elas também podem ser entendidas como uma maneira de conectar a demanda a ofertas de serviços públicos, onde passam a ter uma dupla finalidade: para as famílias beneficiadas visa à indução aos cuidados essenciais com a saúde e a promoção de avanços na escolaridade; e para o poder público servem para estimular a ampliação da oferta local de serviços públicos de saúde e educação, monitorar as políticas públicas executadas em âmbito municipal e identificar as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social. É fato que a baixa escolaridade impede que muitos sujeitos rompam este quadro de pobreza, pois esta é transmitida muitas vezes de pai para filho, criando um ciclo intergeracional de sua reprodução. Então, para quebrar este ciclo, é necessário, entre outras medidas e ações, permitir e incentivar o acesso das famílias pobres e extremamente pobres aos cuidados básicos de saúde, de vigilância alimentar e nutricional e também a uma educação de qualidade.

A transferência direta de renda tem como objetivo essencial auxiliar a vida das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família, melhorando sua sobrevivência e bem-estar dos seus membros, pois no Brasil, como em outros países, é possível observar uma forte associação entre, renda, consumo de alimentos e estado nutricional. Pois são as famílias com menores rendimentos que vivem mais frequentemente em condição de insegurança alimentar e experimentam um grau mais elevado de carência nutricional, por conseguinte, a desnutrição infantil, gerada pela falta de alimentos, que afeta o desenvolvimento físico e cognitivo das crianças, pode deixar sequelas por toda a vida (OLIVEIRA, 2003, p.24).

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades na área de Educação e Saúde que beneficia famílias

pobres, como descrevemos abaixo:

1. Os valores pagos pelo Programa Bolsa Família variam de **R\$22,00** (vinte e dois reais) a **R\$200,00** (duzentos reais), de acordo com a renda mensal por pessoa da família e com o número de crianças e adolescentes de até 15 anos e de jovens de 16 a 17 anos.

O Programa Bolsa Família tem três tipos de benefícios: o Básico, o Variável e o Variável Vinculado ao Adolescente.

- 2.O **Benefício Básico, de R\$ 68** (sessenta e oito reais), é pago às famílias consideradas extremamente pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 70 (setenta reais) por pessoa (pago às famílias mesmo que elas não tenham crianças, adolescentes ou jovens).

- 3.O **Benefício Variável, de R\$ 22,00** (vinte e dois reais), é pago às famílias pobres, aquelas com renda mensal de até R\$ 140,00 (cento e quarenta reais) por pessoa, desde que tenham crianças e adolescentes de até 15 anos. Cada família pode receber até três benefícios variáveis, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais).

- 4.O **Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ), de R\$ 33,00** (trinta e três reais), é pago a todas as famílias do Programa que tenham adolescentes de 16 e 17 anos frequentando a escola. Cada família pode receber até dois benefícios variáveis vinculados ao adolescente, ou seja, até R\$ 66,00 (sessenta e seis reais) (MDS, 2009).

As tabelas 1 e 2 abaixo nos mostram as últimas formulações de cálculos e valores em 2009 fornecidos pelo PBF às famílias:

**Tabela 1 - Famílias com renda familiar mensal de até R\$ 70 por pessoa**

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Básico	R\$ 68,00
1	0	Básico + 1 variável	R\$90,00
2	0	Básico + 2 variáveis	R\$ 112,00
3	0	Básico + 3 variáveis	R\$ 134,00
0	1	Básico + 1 BVJ	R\$ 101,00
1	1	Básico + 1 variável + 1 BVJ	R\$ 123,00
2	1	Básico + 2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 145,00
3	1	Básico + 3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 167,00
0	2	Básico + 2 BVJ	R\$ 134,00
1	2	Básico + 1 variável + 2 BVJ	R\$ 156,00
2	2	Básico + 2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 178,00
3	2	Básico + 3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 200,00

Fonte: Biblioteca Virtual PBF, MDS, 2009

**Tabela 2 - Famílias com renda familiar mensal de R\$ 70 a R\$ 140 por pessoa**

Número de crianças e adolescentes de até 15 anos	Número de jovens de 16 e 17 anos	Tipo de benefício	Valor do benefício
0	0	Não recebe benefício básico	-
1	0	1 variável	R\$ 22,00
2	0	2 variáveis	R\$ 44,00
3	0	3 variáveis	R\$ 66,00
0	1	1 BVJ	R\$ 33,00
1	1	1 variável + 1 BVJ	R\$ 55,00
2	1	2 variáveis + 1 BVJ	R\$ 77,00
3	1	3 variáveis + 1 BVJ	R\$ 99,00
0	2	2 BVJ	R\$ 66,00
1	2	1 variável + 2 BVJ	R\$ 88,00
2	2	2 variáveis + 2 BVJ	R\$ 110,00
3	2	3 variáveis + 2 BVJ	R\$ 132,00

Fonte: Biblioteca Virtual PBF, MDS, 2009

Assim, este contexto merece a atenção dos governos e da comunidade científica para a criação e desenvolvimento de programas voltados às demandas sociais e às necessidades básicas dos indivíduos. A articulação da nossa área de formação com a do Serviço Social permitirá o aprofundamento e essa integração. Como nutricionista e docente da área de saúde, reconhecemos a importância de pesquisar e aprofundar conhecimentos sobre o universo nutricional das crianças, suas consequências para uma melhor qualidade de vida, considerando o contexto social e familiar. O aprofundamento no tema será abordado no próximo capítulo.



## **CAPÍTULO 3:**

### **A Família**



### **3 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

#### **3.1 VULNERABILIDADE SOCIAL E A FAMÍLIA**

As transformações ocorridas na política econômica do Brasil produziram profundas mudanças na vida econômica, social e cultural da população, gerando altos índices de desigualdade social. Como reflexo dessa estrutura de poder, acentuam-se as desigualdades sociais e de renda das famílias. Essa situação afeta as suas condições de sobrevivência, minando as expectativas de superação desse estado de pobreza, reforçando sua busca aos serviços públicos existentes.

A situação de vulnerabilidade social da família pobre se encontra diretamente ligada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica que lança os sujeitos integrantes ao desemprego ou subemprego, pois à medida que a família encontra dificuldades para cumprir satisfatoriamente suas tarefas básicas de socialização e de amparo aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade.

Entende-se por vulnerabilidade social, conforme PNAS:

[...] a condição 'desfavorável' dada. É a condição objetiva da situação de exclusão e que aumenta a probabilidade de um evento ocorrer. A identidade são os processos sociais e situações que produzem fragilidade, discriminação, desvantagem e exclusão social, econômica e Cultural (DF, 2004).

Neste contexto, enfatiza-se que a vida familiar para ser efetiva e eficaz depende de condições para sua sustentação e manutenção de seus vínculos. A situação socioeconômica é o fator que mais tem contribuído para a desestruturação da família, repercutindo diretamente e de forma grave nos mais vulneráveis desse grupo: as crianças, que, vítimas da injustiça social, da miséria e sem alimento se veem ameaçados e violados em seus direitos fundamentais. A pobreza, a miséria, a fome, a falta de possibilidade de um desenvolvimento físico e mental na perspectiva de um projeto existencial que vislumbre a saúde, a melhoria da qualidade de vida atual e futura, impõem a toda a família uma luta desigual e desumana pela sobrevivência.

As consequências da crise econômica a que está sujeita a família pobre precipitam um desenvolvimento do perfil nutricional da criança, inadequado a sua faixa etária, pelo abandono da escola devido ao déficit de aprendizado e falta de concentração, por não ter se alimentado antes de ir para a escola, levando-a às ruas como pedinte para ajudar no orçamento familiar. Em relação a essa situação, faz-se necessário ressaltar a urgência da reflexão crítica da sociedade e do Estado em relação à implementação de programas sociais mais consequentes e que visualizem sempre a família como alvo, não descontextualizando seus membros, mas sim como potencializadora de ações para o seu fortalecimento.

Ao longo da história da humanidade, muitas convenções foram surgindo como sinais para demarcar as fases da vida do homem na terra. O relógio e o calendário são símbolos presentes destas demarcações, meros artefatos a registrar a duração do tempo no seu fluir constante. A idade cronológica é uma medida abstrata, criada principalmente em função de práticas administrativas. Anteriormente a era moderna, as pessoas eram identificadas basicamente pelo seu local de moradia e por sua ocupação, atualmente são conhecidas pelo poder econômico e a posição que ocupam na sociedade. Cada ser humano é um mundo por si só. Vamos formando nossa personalidade, através de diversos acontecimentos, mensagens que vão sendo codificadas, armazenadas e vividas no cotidiano das relações do homem com a natureza, com outros homens e com a família. Isto provoca constante estado de movimento que, ao longo dos tempos, rompe com padrões instituídos, estabelecendo formas de se relacionar, viver, amar, produzir, significar a vida de cada um. A família, que é considerado o primeiro grupo de pertencimento do homem também vivenciou estas modificações no decorrer dos séculos, sendo que seu significado se alterava conforme a época, classe social, origem, ou seja, de uma realidade moral (séc. XV) para ser entendida como base da sociedade (séc. XX) como afirma Ariés:

[...] uma realidade moral e social, mais do que sentimental. A família quase não existia sentimentalmente entre os pobres, e, quando havia riqueza e ambição, o sentimento se inspirava no mesmo sentimento provocado pelas antigas relações de linhagem (1981, p. 131).

A definição dominante de família congrega um conjunto de palavras afins: pai, mãe, filhos, unidade doméstica, casamento e parentesco, porém, hoje as famílias

não seguem mais padrões previamente definidos. Cresce cada vez mais o número de famílias monoparentais<sup>6</sup> chefiadas por mulheres ou por idosos, enfim uma diversidade de modelos e formas estruturais destas. Para Gomes:

Um grupo de pessoas, vivendo numa estrutura hierarquizada, que convive com a proposta de uma ligação afetiva duradoura, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecerem nesse contexto (1988 p. 47).

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. É a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais (CARVALHO, 2000, p.23).

Mioto aborda com clareza os conflitos das novas relações familiares:

As famílias estão se deparando com sérios desafios advindos tanto de suas demandas internas como do seu meio social. À medida que não conseguem soluções adequadas para os desafios, elas expressam suas dificuldades por meio de inúmeros problemas (dificuldades de relacionamento, membros-problema, doenças) (2000, p.128)

Para o IBGE, no entanto, a família é considerada, primordialmente, para fins de investigação, como um grupo cuja definição está limitada pela condição de residência em um mesmo domicílio, existindo ou não entre seus membros esses vínculos. Tal concepção de unidade familiar não contempla todas as dimensões do conceito sociológico de família. Sua abordagem através de dados quantitativos significa, portanto, apenas uma aproximação, que deve ser relativizada pelas limitações inerentes à operacionalização do conceito de família pela PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Essa informação e esclarecimento são justificados pelo motivo de o IBGE ser uma das instituições que fornece dados estatísticos sobre indicadores sociais como base das pesquisas em nosso País.

---

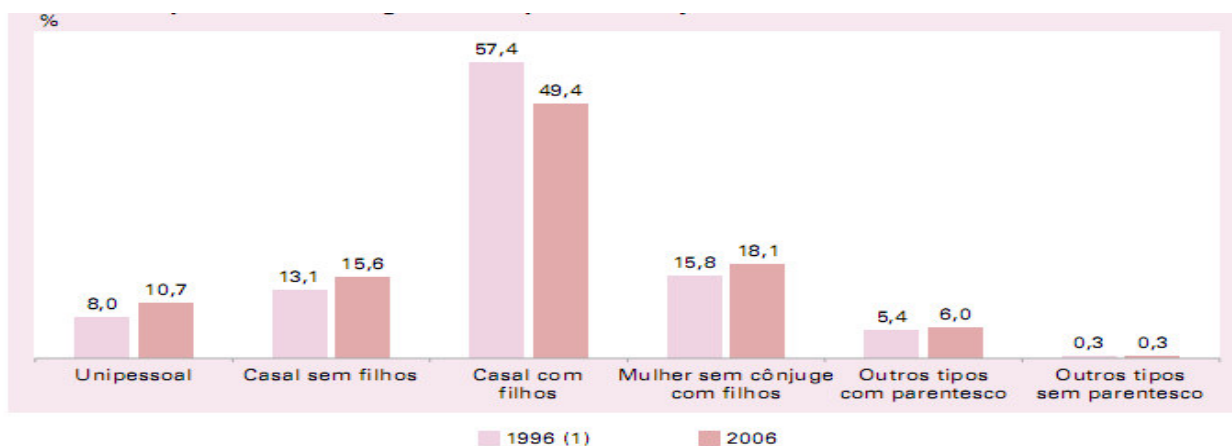
<sup>6</sup> São famílias constituídas por um dos pais e seus filhos (PNDA, 2004).

Então, o termo família, usualmente utilizado pelo IBGE, compreende igualmente arranjos familiares onde existam laços de consanguinidade, dependência econômica e/ou residência em um mesmo domicílio, e, também, grupos distintos de pessoas que habitam o mesmo domicílio. Assim, têm sido consideradas como “famílias” as pessoas que moram sozinhas - “famílias unipessoais” - os grupos com até cinco pessoas que vivem sob o mesmo teto, ainda que não tenham vínculos de parentesco - “famílias sem parentesco” - e os grupos que abrangem as famílias com parentesco.

Assim, o IBGE, inicialmente, distribui os arranjos das seguintes formas: a) famílias constituídas por casais com ou sem filhos; b) famílias de mulheres sem cônjuge com filhos; c) outros tipos, como monoparental masculino, ou irmãos, primos, entre outras combinações de parentes; d) arranjos constituídos por pessoas conviventes sem laços de parentesco; e, por último, (e) arranjos unipessoais. Na elaboração dos indicadores, dependendo do parâmetro de análise, os tipos podem ser mais ou menos detalhados.

Os resultados da PNAD 2006, em relação à distribuição dos tipos de arranjos familiares, mantêm tendências já verificadas nos últimos 10 anos - crescimento da proporção de pessoas que vivem sozinhas, dos casais sem filhos, das mulheres sem cônjuge e com filhos na chefia das famílias e, também, uma redução da proporção dos casais com filhos. Este fenômeno é fruto de um conjunto de fatores, tais como: o aumento da esperança de vida, a redução da fecundidade das mulheres, e a redução das taxas de mortalidade, em geral, em função da melhoria das condições de vida da população. Os outros tipos de arranjo com parentesco e de pessoas sem laços de consanguinidade continuam com os mesmos percentuais. Segue abaixo o gráfico 2 que mostra a distribuição percentual dos arranjos familiares residentes em domicílios particulares, segundo o tipo de arranjo familiar – Brasil 1996/2006.

**Gráfico 2 – Distribuição percentual dos arranjos familiares residentes em domicílios particulares, segundo o tipo de arranjo familiar – 1996 – 2006, IBGE.**

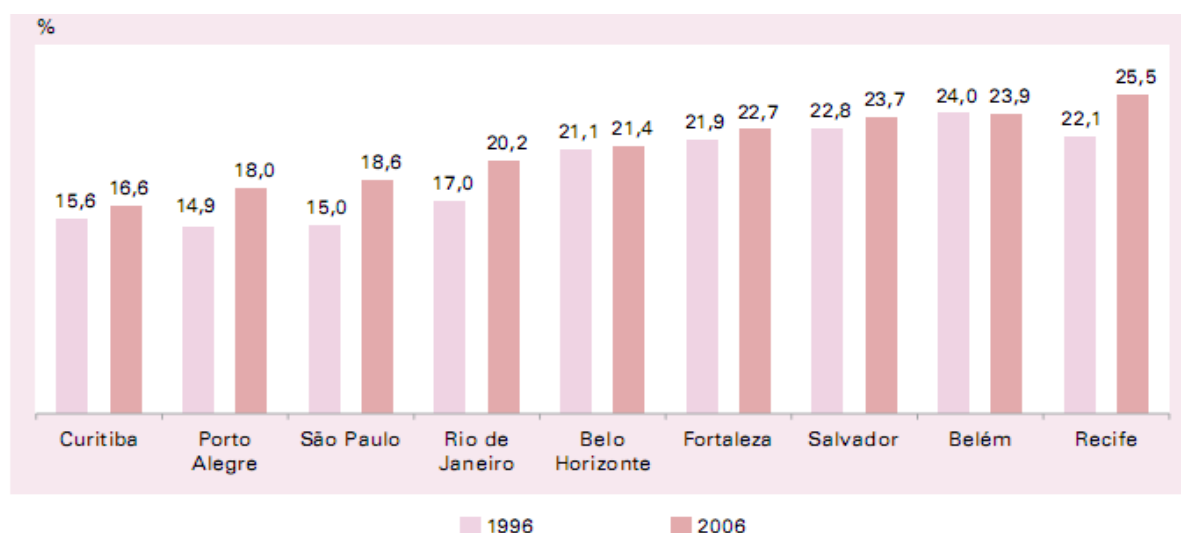


Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1996/2006.

(1) Exclui-se a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

As pesquisas demonstram também que houve um aumento significativo de famílias do tipo monoparental feminino com grande expressão nas áreas urbanas, principalmente, no contexto metropolitano. Isto porque, nestas regiões, os aspectos culturais propiciam maior liberdade de comportamento, e o padrão de organização da família tem contornos diferenciados. No conjunto do País, a média, em 2006, foi de 18,1%, mostrando crescimento de quase 3 pontos percentuais em relação a 1996 (15,8%) (Gráfico 2), conforme mostra a pesquisa do IBGE no gráfico 3:

**Gráfico 3 - Proporção de arranjos familiares constituídos por mulheres sem cônjuge com filhos, segundo as Regiões Metropolitanas 1996/2006**



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1996/2006.

Nota: Considera-se mulher sem cônjuge com filho como arranjo familiar monoparental feminino.

Em termos gerais, nos dados acima demonstrados, os resultados de 2006 confirmam as tendências já verificadas nos últimos anos: a redução do tamanho da família devido ao processo de redução da fecundidade e o crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres. Tais tendências vêm mudando as formas de organização das famílias brasileiras, especialmente, devido às transformações culturais ocorridas nos últimos anos no mundo industrializado, resultando em novos tipos de arranjos, fato este que merece estudos específicos para melhor compreensão da abrangência do fenômeno.

**Tabela 3 - Rendimento médio mensal familiar *per capita* dos arranjos familiares com rendimento, em reais e em salários mínimos, dos 10% e 40% mais pobres e dos 10% mais ricos, e relação entre os rendimentos médios, segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas – 2006.**

Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas	Rendimento médio mensal familiar <i>per capita</i> dos arranjos familiares com rendimento						Relação entre os rendimentos médios	
	R\$			Salário mínimo			C/A	C/B
	10% mais pobres (A)	40% mais pobres (B)	10% mais ricos (C)	10% mais pobres	40% mais pobres	10% mais ricos		
<b>Brasil</b>	<b>58,76</b>	<b>146,87</b>	<b>2 678,42</b>	<b>0,17</b>	<b>0,42</b>	<b>7,65</b>	<b>45,58</b>	<b>18,24</b>
<b>Norte</b>	<b>51,57</b>	<b>113,56</b>	<b>1 714,54</b>	<b>0,15</b>	<b>0,32</b>	<b>4,90</b>	<b>33,25</b>	<b>15,10</b>
Rondônia	59,30	127,76	2 048,34	0,17	0,37	5,85	34,54	16,03
Acre	43,18	103,00	2 179,44	0,12	0,29	6,23	50,48	21,16
Amazonas	54,87	122,13	1 693,22	0,16	0,35	4,84	30,86	13,86
Roraima	47,08	110,04	2 078,66	0,13	0,31	5,94	44,15	18,89
Pará	49,19	106,86	1 598,71	0,14	0,31	4,57	32,50	14,96
Região Metropolitana de Belém	58,90	127,49	2 178,21	0,17	0,36	6,22	36,98	17,08
Amapá	68,95	132,37	1 630,24	0,20	0,38	4,66	23,64	12,32
Tocantins	51,00	114,78	1 551,01	0,15	0,33	4,43	30,41	13,51
<b>Nordeste</b>	<b>32,78</b>	<b>85,02</b>	<b>1 712,52</b>	<b>0,09</b>	<b>0,24</b>	<b>4,89</b>	<b>52,25</b>	<b>20,14</b>
Maranhão	27,24	69,04	1 609,93	0,08	0,20	4,60	59,09	23,32
Piauí	24,84	69,61	1 686,15	0,07	0,20	4,82	67,87	24,22
Ceará	31,30	82,90	1 407,78	0,09	0,24	4,02	44,98	16,98
Região Metropolitana de Fortaleza	51,10	114,89	2 005,13	0,15	0,33	5,73	39,24	17,45

Rio Grande do Norte	41,22	98,71	1 861,41	0,12	0,28	5,32	45,15	18,86
Paraíba	37,41	96,15	1 773,03	0,11	0,27	5,07	47,40	18,44
Pernambuco	33,70	88,05	1 862,60	0,10	0,25	5,32	55,27	21,15
Região Metropolitana de Recife	47,18	113,99	2 659,83	0,13	0,33	7,60	56,38	23,33
Alagoas	27,77	72,57	2 278,25	0,08	0,21	6,51	82,04	31,39
Sergipe	44,05	100,83	1 862,96	0,13	0,29	5,32	42,29	18,48
Bahia	36,36	91,29	1 642,91	0,10	0,26	4,69	45,18	18,00
Região Metropolitana de Salvador	59,92	137,32	2 633,90	0,17	0,39	7,53	43,96	19,18
<b>Sudeste</b>	<b>92,87</b>	<b>201,40</b>	<b>3 101,53</b>	<b>0,27</b>	<b>0,58</b>	<b>8,86</b>	<b>33,40</b>	<b>15,40</b>
Minas Gerais	72,64	159,29	2 412,09	0,21	0,46	6,89	33,21	15,14
Região Metropolitana de Belo Horizonte	88,15	190,11	3 437,22	0,25	0,54	9,82	38,99	18,08
Espírito Santo	75,53	161,93	2 572,60	0,22	0,46	7,35	34,06	15,89
Rio de Janeiro	101,97	211,39	3 541,64	0,29	0,60	10,12	34,73	16,75
Região Metropolitana do Rio de Janeiro	106,31	220,36	3 806,74	0,30	0,63	10,88	35,81	17,27
São Paulo	107,74	226,81	3 237,77	0,31	0,65	9,25	30,05	14,28
Região Metropolitana de São Paulo	105,72	228,91	3 670,10	0,30	0,65	10,49	34,71	16,03
<b>Sul</b>	<b>93,04</b>	<b>208,85</b>	<b>2 803,26</b>	<b>0,27</b>	<b>0,60</b>	<b>8,01</b>	<b>30,13</b>	<b>13,42</b>
Paraná	84,85	187,12	2 733,44	0,24	0,53	7,81	32,22	14,61
Região Metropolitana de Curitiba	107,22	219,32	3 352,22	0,31	0,63	9,58	31,26	15,28
Santa Catarina	130,82	255,51	2 735,92	0,37	0,73	7,82	20,91	10,71
Rio Grande do Sul	88,39	206,70	2 894,67	0,25	0,59	8,27	32,75	14,00
Região Metropolitana de Porto Alegre	105,31	231,53	3 861,98	0,30	0,66	11,03	36,67	16,68

Quanto à distribuição dos arranjos familiares em relação ao rendimento familiar per capita, houve uma redução das unidades cujo rendimento não ultrapassa  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. Pode-se inferir que este conjunto de unidades familiares vive numa situação vulnerável em relação ao bem-estar de seus membros. No Nordeste, verifica-se uma queda de 32,11 pontos percentuais (52,25% para 20,14%), mas o contingente ainda é bastante expressivo de pessoas nestas condições. No Sudeste, em 2006, apenas 15,4% dos arranjos apresentavam estes patamares de rendimentos, revelando as desigualdades espaciais históricas existentes entre estas duas regiões.

Para Karl Max, as relações humanas se refletem na família como:

[...] os homens, que cotidianamente renovam sua vida, passam a criar outros homens, a se reproduzir: é a relação entre homem e mulher, entre pais e filhos, a família. Essa família, que no início é a única relação social,

torna-se depois, quando as necessidades ampliadas geram novas relações sociais, e o aumento populacional gera novas necessidades [...] de um lado, como relação natural, de outro, como relação social – social no sentido em que se compreende por isso a cooperação de vários indivíduos, em quaisquer condições, modo e finalidade (1843, p.54).

A família, como forma específica de agregação, tem uma dinâmica de vida própria, afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais. Por essa razão, ela demanda políticas e programas próprios, que deem conta de suas especificidades.

Na concepção do PBF, família é “a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Lei nº 10.836, de 09/01/2004).

A situação das famílias no Brasil é também caracterizada por problemas sociais de natureza diversa, tais como: atentados frequentes aos direitos humanos, exploração e abuso, barreiras econômicas, sociais e culturais ao desenvolvimento integral de seus membros. Faz-se necessário um contínuo acompanhamento do processo de mudanças que as afetam, bem como o desenvolvimento de perspectivas e abordagem teóricas que possibilitem o seu entendimento, cobrindo não somente os aspectos relacionados ao mundo intrafamiliar, como também os relacionados à dinâmica das políticas sociais no país (FERRARI, 2000, p.15).

### 3.2 A CRIANÇA, SUAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS E O SISVAN

A infância é uma das fases da vida na qual ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Essas mudanças caracterizam o crescimento e desenvolvimento infantil, e precisam ser acompanhadas de perto. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento indica as condições de saúde e vida da criança, visando à promoção e manutenção da saúde, bem como intervindo sobre fatores capazes de comprometê-la (SIGAUD, 1996).



Quanto à terminologia, crescimento corresponde a fenômenos distintos, embora correlacionados, significa aumento do corpo, como um todo ou em algumas de suas partes, e pode ser mensurado em centímetros ou gramas o aumento do tamanho das células. Desenvolvimento significa capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas, ou seja, desenvolve controle neuromuscular, destreza e funções que só podem ser mensurados por meio de provas ou testes funcionais.

Uma criança pode crescer e não se desenvolver, e vice-versa. Crescimento e desenvolvimento constituem a resultante final de uma série de fatores, que podem ser divididos em extrínsecos (ambientais) e intrínsecos (orgânicos). Os intrínsecos são representados pela herança genética e pelo sistema neuroendócrino, e os fatores extrínsecos são os fatores ambientais e nutricionais (MARCONDES, 1992).

Nos países em desenvolvimento, com seus problemas econômicos e sociais, grande parte da população vive em estado de pobreza ou na miséria, com grandes riscos de sobrevivência, devido as suas condições precárias de vida. Esse é um fator ambiental de grande importância a ser estudado, pois, dependendo das condições econômicas de um núcleo familiar, pode-se observar, por exemplo, a qualidade nutricional em suas refeições, sabendo-se que é pelo alimento que a criança recebe os elementos energéticos e construtivos (as proteínas) necessários ao seu crescimento. Esses cuidados estão relacionados ao atendimento primário a essa população, que se refere a um atendimento integral e global, isto é, preventivo, curativo e reabilitador, na competência de um médico generalista, com o objetivo de barateamento de custos e a abreviação do atendimento; e a utilização de recursos secundários somente quando o profissional e paciente acharem necessários (CARABOLANTE, 2003, p. 29).

A ingestão de uma dieta adequada para crianças é importante para manter a saúde, o crescimento e a maturação, bem como para ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis, que, na idade adulta, juntamente com a atividade física, reduzirão o risco de muitas doenças relacionadas ao estilo de vida. Neste contexto, o acompanhamento da situação nutricional das crianças constitui um instrumento fundamental para aferição das condições de saúde da

população infantil e monitoramento da evolução da qualidade de vida da população em geral.

A essencialidade da avaliação do estado nutricional decorre da sua influência decisiva sobre os riscos de morbi-mortalidade, crescimento e desenvolvimento infantil. A inferência sobre as condições gerais de vida da população advém da origem multicausal da nutrição e da íntima relação com fatos e acontecimentos que podem ocorrer no meio em sociedade. O crescimento é a expressão da interação extremamente complexa entre o potencial genético do indivíduo e suas condições de vida, sendo estas determinadas por sua inserção social. Nutrição e crescimento estão intrinsecamente associados, já que as crianças não conseguem alcançar seus potenciais genéticos de crescimento se suas necessidades básicas não forem adequadamente atendidas. O período entre o desmame e os 5 anos de idade é, nutricionalmente, o mais vulnerável segmento do ciclo de vida. O crescimento rápido, a perda da imunidade passiva e o desenvolvimento do sistema imunológico contra infecções determinam necessidades nutricionais específicas nesse período, trazendo a necessidade do monitoramento do estado nutricional nessa faixa etária. É por essa razão que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) consideram fundamental a vigilância do estado nutricional de crianças, em especial, nos países em desenvolvimento. Essa vigilância visa à identificação precoce de crianças em risco nutricional/desnutrição e à execução de ações que promovam a recuperação do estado nutricional e da saúde global delas.

A alimentação, nos primeiros anos de vida da criança, é importantíssima, pois alguma deficiência alimentar ou nutricional pode interferir em sua saúde, e, como consequência, aumentar o índice de morbi-mortalidade infantil, bem como desencadear algumas sequelas em seu crescimento, como, por exemplo, o desenvolvimento de problemas de aprendizagem, motores e doenças crônicas (BRASIL, 2002).

A necessidade de maior cuidado em relação à alimentação de crianças decorre, principalmente, do fato de que, nessa faixa etária, ocorre a incorporação do conhecimento de novos sabores, texturas e cores, experiências

sensoriais que influenciarão diretamente o padrão alimentar a ser adotado pela criança (VITOLLO, 2003).

As necessidades nutricionais das crianças saudáveis têm grande relação com sua idade, peso, metabolismo e velocidade de crescimento. Porém, o crescimento infantil não se limita ao aumento do peso e da altura, mas sim por uma série de fenômenos que envolvem a dimensão corporal e o número de células em que ele é influenciado por vários fatores, sendo eles: genéticos, ambientais e psicológicos (VITOLLO, 2003).

Existem fases na vida da criança em que o crescimento é acelerado, como nos primeiros anos de vida, quando ocorrem alterações significativas do apetite. A quantidade de alimentos ingeridos deve satisfazer às suas necessidades nutricionais, variando de acordo com o seu peso, altura, tipo/constituição física, e outros (TIRAPEGUI, 2002). As crianças necessitam de alimentos saudáveis e nutritivos, pelo fato de estarem crescendo e desenvolvendo seus ossos, dentição e musculatura. Se a altura e peso da criança estiverem proporcionais, mesmo assim, deve-se monitorar o seu crescimento, o que possibilitará a identificação precoce de alguma doença (MAHAN; SCOTT-STUMP, 1998).

Entre os fatores que podem influenciar o crescimento e desenvolvimento da criança, os alimentares são os mais fáceis de serem controlados, pois dependem do meio em que ela vive, bem como da disponibilidade dos alimentos. Sendo assim, deve-se considerar que, na infância, a alimentação da criança precisa ser bem planejada, para que não apresente a falta de algum nutriente que venha a prejudicar a sua saúde, tais como: déficit no crescimento, sensação de fadiga e tornar a criança mais sensível a doenças infecciosas (VITOLLO, 2003).

Normalmente, o consumo alimentar das crianças é monótono e pouco diversificado, constituído por uma dieta láctea, com consumo maior de açúcar e de gordura, falta de frutas e verduras (FARIAS JÚNIOR; OSÓRIO, 2005). É muito importante estimular a criança desde os primeiros anos de vida a comer alimentos saudáveis várias vezes ao dia, apresentando pratos coloridos, alimentos preferidos, divididos em pequenas porções (EUCRYDES, 2000). Existem algumas evidências de associação entre o estado nutricional e a dieta das crianças, e o

desenvolvimento de doenças na idade adulta. Portanto, a prevenção das doenças deveria iniciar na infância, por meio de práticas alimentares saudáveis e adequadas (TIRAPEGUI, 2002).

Cada criança é única, diferente no seu metabolismo, necessidades nutricionais, taxa de crescimento, eficácia da absorção dos nutrientes, entre outros. Se as necessidades da criança não forem supridas adequadamente, podem influenciar no seu crescimento e desenvolvimento e desencadear algumas doenças, tais como a anemia, diabetes, obesidade e desnutrição (TIRAPEGUI, 2002).

As necessidades nutricionais de uma criança são definidas com base em seu metabolismo basal, taxa de crescimento e atividades desenvolvidas. A energia da dieta deve ser o suficiente para assegurar o crescimento e evitar que a proteína de reserva seja usada para energia, mas sua ingestão não deve ser excessiva de maneira que resulte em obesidade. A proporção sugerida é de 50 a 60% de carboidratos, 25 a 35% como gorduras, e de 10 a 15%, como proteínas (KRAUSE, 2005), em relação às calorias totais. Segundo as recomendações nutricionais (RDA – Recommended dietary allowances), as crianças de 1 a 3 anos necessitam de 1300 calorias e 16g de proteínas, de 4 a 6 anos, de 1800 calorias e 24g de proteínas, e 7–10 anos, de 2000 calorias e 28g de proteínas (KRAUSE, 2005). Crianças que vivem com baixa ingestão de calorias e proteínas podem vir a desenvolver um quadro de desnutrição.

A desnutrição proteico-calórica refere-se a um conjunto de distúrbios clínicos que tem como causa a deficiência de proteínas e de energia na alimentação e se manifesta principalmente na infância (KRAUSE, 2005). As carências nutricionais, em especial a desnutrição proteico-calórica, a anemia e a deficiência de vitamina A, aliadas às doenças infecciosas, representam um dos principais problemas de saúde para crianças de 0 a 5 anos de idade e têm alta prevalência no Nordeste do país (ASSIS, et al. 2000). O baixo consumo de minerais e de vitaminas interfere de forma marcante na saúde da criança. Os minerais e as vitaminas são essenciais para o seu crescimento e o desenvolvimento normal. A ingestão insuficiente desses elementos pode resultar em atraso de crescimento e em doenças como o raquitismo, anemia, infecções, depressão, entre outras. As crianças em idade pré-escolar e

escolar estão sob o alto risco de anemia por deficiência em ferro. Segundo Assis e outros (2000), o consumo de alimentos ricos em vitamina A, complexo B, minerais, cálcio, ferro e zinco é inadequado para todas as faixas etárias. Assim como as necessidades de cálcio para a mineralização adequada e a manutenção do crescimento ósseo, a vitamina D é necessária para absorção do cálcio, da proteína e do fósforo. As crianças com idade entre 2 e 8 anos precisam de duas a quatro vezes mais cálcio por quilograma. Por serem o leite e seus derivados fontes primárias de cálcio, as crianças que não consomem nenhuma quantidade ou consomem quantidades limitadas desses alimentos estão em risco de deficiência de cálcio quando adultos (KRAUSE, 2005), suscetíveis ao desenvolvimento da osteoporose, entre outras doenças. Um conjunto de fatores que interagem entre si para contribuir com a saúde e o desenvolvimento da criança e a alimentação têm um papel fundamental no seu processo.

Nos últimos anos, tem-se observado uma mudança na orientação dos serviços de saúde no Brasil, rompendo com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar e redirecionando o atendimento para a atenção básica. Dessa forma, são cada vez mais valorizadas as estratégias de promoção e de prevenção em saúde, visando alcançar um grau de resolubilidade de ações para evitar o agravamento de situações mórbidas e reduzindo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi regulamentado como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 080-P, de 16 de outubro de 1990, do Ministério da Saúde e da Lei nº 8080/ 1990, capítulo I, artigo 6º, inciso IV – Lei Orgânica da Saúde. Antes desse momento, existiam inúmeras experiências locais em diversas partes do País, sem uma articulação estadual e nacional. Além do exposto e baseado na terceira diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que se refere à avaliação e ao monitoramento da situação alimentar e nutricional da população brasileira, faz-se necessário destacar que as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro

de normalidade quando possível. O movimento nacional em direção à discussão da temática da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na gestão pública, fortaleceu as ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde tem constituído o elenco de diretrizes estratégicas para a consolidação dessa política nesse campo, a ampliação da cobertura do SISVAN para grupos populacionais específicos, a capacitação de profissionais para as ações de VAN, bem como a disponibilização dos indicadores nutricionais como base para a formulação e implementação de políticas públicas de SAN figuram entre as principais exigências para o cumprimento dessa diretriz (BRASIL, 2007a).

Para tanto, foi necessária a padronização dos indicadores de diagnóstico do estado nutricional em diferentes fases da vida, bem como as rotinas de monitoramento nutricional com base em critérios epidemiológicos. Dessa forma, visa-se sistematizar, por meio de protocolos, a avaliação do estado nutricional do público que busca atendimento na rede básica de saúde. O SISVAN destina-se principalmente aos profissionais de saúde que fazem parte da atenção básica e da média complexidade ambulatorial; portanto, não constitui um protocolo de atendimento em nível hospitalar, seja de média ou alta complexidade hospitalar.

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN destina-se ao acompanhamento do estado nutricional da população assistida pelo SUS. A população atendida é formada por indivíduos de todas as fases do curso da vida (gestante, criança, adolescente, adulto, idoso) que procurarem uma unidade de saúde ou que sejam assistidos pela Estratégia Saúde da Família.

Assim, tendo como base, em primeiro lugar, a Lei Orgânica do SUS, que destaca o papel da saúde na realização da vigilância nutricional e orientação alimentar, e também os outros marcos legais da atenção básica que garantem potenciais ações de vigilância alimentar e nutricional, foram desenvolvidos os protocolos de atendimento que se destinam a todas as fases da vida, de forma a atender aos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde.

O Ministério da Saúde (2008) considera que em nosso país as situações de insegurança nutricional perpassam todas as fases da vida em diferentes magnitudes

e recomenda a ampliação da cobertura da vigilância alimentar e nutricional para todos os grupos populacionais. Para isso devem ser adotados os seguintes critérios, baseados no perfil epidemiológico nacional, para definir e evidenciar os grupos populacionais mais vulneráveis a agravos de nutrição e saúde, associados ao diagnóstico antropométrico que detecta a vulnerabilidade nutricional:

- vulnerabilidade etária: abrange crianças menores de dois anos, gestantes adolescentes e idosos com mais de 80 anos;

- vulnerabilidade por morbidade: abrange casos de indivíduos com diagnóstico de doenças crônicas não-transmissíveis, com especial atenção para portadores de hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade;

- vulnerabilidade social: corresponde aos beneficiários de programas sociais, de doação de alimentos ou de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, povos e comunidades tradicionais, moradores sem teto, pessoas em situação de rua, acampados e assalariados rurais e moradores de áreas favelizadas.

No caso do Programa Bolsa Família, o SISVAN é o instrumento para o acompanhamento dos membros das famílias beneficiárias. Os dados transmitidos pelos municípios são consolidados pelo Ministério da Saúde e encaminhados periodicamente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, gestor federal do Programa. O Mapa de Acompanhamento do SISVAN é o formulário proposto pelo Ministério da Saúde para o registro do acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família, para posterior inclusão de dados no SISVAN. Para que este processo aconteça, recomendam-se as seguintes etapas:

- Capacitar a equipe de saúde quanto ao preenchimento do formulário;
- Garantir a distribuição do Mapa já preenchido com a relação dos beneficiários para cada unidade de saúde e/ou Equipe de Saúde da Família para o acompanhamento;
- Orientar a equipe de saúde para que anote, no Mapa de Acompanhamento, os dados de todas as crianças menores de sete anos e de todas as mulheres entre 10 e 50 anos, informando se estas estão gestantes ou não;

- Solicitar que, ao final do dia ou do mês ou no prazo estipulado como rotina, as equipes de saúde encaminhem os dados para que a Coordenação Municipal do PBF na Saúde providencie a inserção das informações no módulo de gestão do SISVAN disponível na internet. Orienta-se que não haja o acúmulo de informações para a data final do período.

O método de avaliação utilizado no SISVAN de vigilância do estado nutricional preconizado é o antropométrico. A antropometria é um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Esse método tem como vantagens ser barato, simples, de fácil aplicação e padronização, além de pouco invasivo. Ademais, possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados de modo a fornecer o diagnóstico de coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo. A antropometria, além de ser universalmente aceita, é apontada como sendo o melhor parâmetro para avaliar o estado nutricional de grupos populacionais. Os dados de peso, altura, idade, entre outros, quando combinados, tornam-se um índice.

Os índices nutricionais mais amplamente usados, recomendados pela Organização Mundial de Saúde - OMS e adotados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional, são:

- **Peso por idade (P/I):** Expressa a massa corporal para a idade cronológica. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado no Cartão da Criança. Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo; porém não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos.
- **Altura por idade (A/I):** Expressa o crescimento linear da criança. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.
- **Peso por altura (P/A):** Este índice dispensa a informação da idade; expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura. É sensível para o diagnóstico de excesso de peso, carecendo, porém, de medidas complementares para o diagnóstico preciso de sobrepeso e obesidade.

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** Para a avaliação e diagnóstico nutricional de crianças maiores de 7 e menores de 10 anos de idade, a Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN recomenda a utilização dos índices Altura/Idade e Peso/Altura, mantendo os mesmos pontos de corte já padronizados (p3; p10; e p97).



Abaixo destacamos os protocolos das normas técnicas utilizados pelo SISVAN conforme as diferentes fases da vida da criança e do adolescente com algumas observações:

1. Para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, são adotadas como referência as curvas de crescimento infantil propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006 (WHO - World Health Organization, 2006), e para as crianças de 5 a 10 anos incompletos a referência da Organização Mundial da Saúde lançada em 2007 (WHO 2007), que corresponde a uma reanálise dos dados do Nacional Center for Health Statistics - NCHS (PROTÓCOLOS SISVAN, 2008). Para efeito da pesquisa serão seguidas estas orientações.
2. O índice antropométrico mais recomendado pelo SISVAN para avaliação do excesso de peso é o IMC-para-idade. Isso porque a associação para determinar o risco à saúde é mais sensível quando avaliada a relação entre o peso e o quadrado da medida de altura (IMC) do que com a medida isolada da altura (Peso-para-Estatura). Acima do percentil 97 (Escore-z +2), a criança pode apresentar obesidade. A obesidade é uma doença crônica de natureza multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura no corpo, acarretando prejuízos à saúde.
3. O SISVAN, para efeito de avaliação, considera a faixa etária da criança com idade menor de 10 anos e adolescente com idade igual ou maior de 10 anos e menos de 20 anos.

Abaixo estão descritas as tabelas utilizadas pelo SISVAN para o acompanhamento da curva de crescimento de crianças:

**Tabela 4 - Estatura para idade – crianças de 0 a menos de 5 anos – OMS, 2006.**

Peso-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-z +2	Peso elevado para a idade*

\* Observação para relatório: Este não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação do excesso de peso entre crianças. Avalie esta situação pela interpretação dos índices de peso-para-estatura ou IMC-para-idade.

**Tabela 5 - Peso para idade – crianças de 0 a menos de 5 anos - OMS, 2006.**

Esta tabela acima de peso-para-idade tem os mesmos valores utilizados para ICM-para-idade, nesta faixa etária de crianças a 0 a 5 anos.

**PARA CRIANÇAS DE 0 A MENOS DE 5 ANOS (REFERÊNCIA: OMS 2006)**

Estatura-para-idade:

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

**Tabela 6 - Estatura para idade – crianças de 5 a 10 anos – OMS, 2007.**

**PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS (REFERÊNCIA: OMS 2007)**

**Estatura-para-idade:**

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ Escore-z -2	Estatura adequada para a idade

**Tabela 7 - IMC para idade – crianças de 5 a 10 anos – OMS, 2007**

**IMC-para-idade:**

VALORES CRÍTICOS		DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z +1	Eutrofia
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore-z +3	Obesidade grave

**OBS: Não tem os parâmetros de peso-para-estatura na referência da OMS (2007)**

***Sendo Eutrofia = peso normal***

O Cartão da Criança é, atualmente, o instrumento usado para orientar o monitoramento nutricional de crianças menores de 7 anos. Ele está disponível em

duas versões: uma para meninos (verde) e uma para meninas (laranja) que, além da cor, diferem na curva de crescimento em virtude de o desenvolvimento físico ser diferente para cada sexo. Toda criança menor de sete anos tem o direito de possuir um exemplar desse Cartão, que tem distribuição nacional, sendo entregue às mães na maternidade ou, se isto não ocorrer, quando estas forem a algum Estabelecimento Assistencial de Saúde - EAS. Cada criança deve possuir apenas um cartão, no qual são anotadas e atualizadas as informações mais importantes sobre a história da sua saúde, como intercorrências, monitoramento do crescimento (por meio do gráfico peso/idade) e o controle das imunizações, desde o nascimento.

A referência para o diagnóstico do estado nutricional de crianças menores de 7 anos na Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN é a curva de crescimento do Cartão da Criança, instrumento que auxilia na articulação de todas as ações de saúde e nutrição na infância. O gráfico da curva de crescimento segue a seguinte padronização:

- Variáveis: peso e idade
- Índice: Peso/Idade (P/I)
- Referência: NCHS (1977)
- Classificação: percentis (p)
- Pontos de corte: p0,1; p3; p10; p97

Em 2006 foram lançadas pela Organização Mundial de Saúde – OMS as novas Curvas para Avaliação do Crescimento da Criança de 0 a 5 anos. A recomendação para a elaboração de novas curvas foi aprovada pela Assembleia Mundial de Saúde da OMS, em 1994 e desde então o Programa de Nutrição da OMS coordenou um estudo mundial que teve início em 1996 com a participação de países representativos das seis principais regiões geográficas do mundo que foram o Brasil (Pelotas) - representando a América Latina -, Ghana (Accra), Índia (Nova Delhi), Noruega (Oslo), Oman (Muscat) e Estados Unidos (Davis).

As novas curvas de crescimento constituem um importante instrumento técnico para medir, monitorar e avaliar o crescimento de todas as crianças de 0 a 5 anos, independente da origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de

alimentação. Desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição podem ser detectadas e encaminhadas precocemente na criança. Com a utilização dessas novas curvas, pais, profissionais de saúde e gestores de políticas públicas tomarão conhecimento dos padrões do que constitui uma boa nutrição, saúde e desenvolvimento infantil. Os tipos de curvas de crescimento utilização pela área da saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil,, diferenciados pelo faixa etária e pelo sexo, onde estas também são as mesmas curvas existentes no Cartão de Criança, podem ser vistas na parte dos Anexos (anexo B) nesta pesquisa.



## **CAPÍTULO 4:**

### **A Pesquisa**

#### **4 A TRAJETÓRIA INVESTIGATIVA NA BUSCA DO CONHECIMENTO**

O processo de construção do conhecimento desta pesquisa tem como meta trazer a reflexão do Direito ao Alimento, tornando necessária a interpretação da realidade, de modo a revelar suas inúmeras contradições e significados referentes à influência do PBF no perfil nutricional das crianças das famílias vinculadas a ele e qual a importância do programa no cotidiano destas famílias após esta vinculação. A pesquisa foi realizada com crianças menores de 7 anos de idade de famílias residentes no município de Gravataí, Rio Grande do Sul, e vinculadas ao Programa Bolsa Família no período de 2009. Assim, a delimitação do tema deste estudo é: Investigação do perfil nutricional das crianças menores de 7 anos de idade e das condições socioeconômicas das famílias vinculadas ao Programa Bolsa Família no Município de Gravataí no ano de 2009.

Sendo o estado nutricional um indicador importante na aferição das condições de saúde e da qualidade de vida dos sujeitos investigados em uma comunidade ou grupos específicos, onde a saúde como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais, pois as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito desta questão. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2000, p.15).

A relação saúde e doença perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano na sua totalidade, pois estes são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente e importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências (MINAYO, 2000, p. 16), por isso a importância do aprofundamento interdisciplinar no processo de construção do conhecimento entre a área de Saúde e a área do Serviço Social nesta pesquisa.

#### 4.1 OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO

##### Objetivo Geral

Identificar as mudanças das condições socioeconômicas das famílias e do quadro nutricional das crianças através da inclusão no programa PBF.

##### Quadro 1: Objetivos específicos e as questões norteadoras da pesquisa.

Objetivos específicos	Questões Norteadoras
1. Conhecer as características das famílias vinculadas ao PBF.	1. Quais as características das famílias vinculadas ao PBF, suas condições e modo de vida? Qual a estrutura habitacional? Saneamento? Número de membros da família, idade?
2. Apontar as mudanças mais significativas vivenciadas pelas famílias em seu cotidiano após sua vinculação ao programa.	2. Quais as mudanças percebidas pela família após recebimento do benefício? Em que aspectos a família observa maiores alterações (cotidiano na alimentação, nas relações interpessoais...)?
3. Averiguar se o programa vem contribuindo para a melhoria do perfil nutricional das crianças das famílias beneficiadas pelo programa.	3. Qual o perfil nutricional de ingresso e atual das crianças atendidas pelo programa? Quais as mudanças nutricionais que ocorreram na vida destas crianças após a sua vinculação ao programa? Que informações essa família acessou após o ingresso no PBF (especialmente em relação à alimentação e ao PBF)?

#### 4.2 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO A PARTIR DO MATERIALISMO HISTÓRICO

A análise que orienta esta pesquisa fundamenta-se no método dialético-



crítico. O método dialético tem sua base histórica no marxismo, o que busca reunir explicações de fenômenos da natureza, de aspectos sociais e do pensamento.

O método dialético-crítico possibilita esclarecimentos do fenômeno social, a partir de análises da história dos sujeitos e dos fatores da sociedade como a cultura, os fatores políticos e econômicos. A teoria estuda as leis sociológicas relativas à essência humana e à sua vida na sociedade, sua evolução histórica e a prática social do ser humano e suas relações de produção (TRIVIÑOS, 1987, p.38). Neste estudo, tem importância tal embasamento teórico, uma vez que as bases do método crítico-dialético contribuem para a formação da categoria da totalidade. A totalidade, na perspectiva dialética, mais do que uma reunião de partes, é um todo articulado, interconectado.

Para que se possam desvendar as expressões da questão social materializadas na vida do grupo a ser pesquisado, neste caso as famílias, em suas vivências em sociedade, pode ser efetivado, a partir do que Lefebvre (1991) chama de *detour*, um movimento regressivo (que vai ao passado) e progressivo (que retorna ao presente), desvendando as contradições desse percurso para, a partir da reflexão dialética (não só a crítica, mas a articulação de novas mediações), superar suas limitações.

As leis do método devem ser concretas no sentido de que nos permitem penetrar em todo o objeto, em toda realidade. Com efeito, são as leis internas, necessárias, de todo devir: de todos os objetos e de cada objeto, do universo como totalidade e de cada objeto como parcela do universo (LEFEBVRE, 1991, p.237).

Portanto, as categorias teóricas do método, quais sejam, totalidade, historicidade e contradição, devem orientar a busca pelo conhecimento, pois, como construção coletiva que parte da realidade dos sujeitos mediando processos de reflexão e desvendamento, a eles deve retornar de forma crítica e criativa. Segundo Prates (2003, p. 87).

Portanto, o método de investigação, pressupõe uma pesquisa profunda sobre o fenômeno, trabalha com todos os dados empíricos possíveis de serem obtidos, mas não se contenta com o “dado” isolado, necessita da análise para remontá-lo no seu movimento construtivo, para captar suas conexões, contradições, a unidade, superando assim a pseudoconcreticidade (totalidade abstrata) e chegando à totalidade concreta.

Assim, o método na perspectiva dialética materialista não prevê os fenômenos sociais compartimentados, mas os analisa através de suas relações com o contexto que estão ocorrendo, tentando observar as contradições explícitas ou subentendidas desta relação. Lefebvre (1991), ressaltando o rigor do método dialético, resume as regras práticas para a sua operacionalização, como apreender e analisar a luta, os conflitos das contradições, as tendências e captar as transições dos aspectos, contradições e do devir, não perdendo de vista que o processo de conhecimento é infinito.

O saber que se busca neste processo implica compreender a singularidade dos sujeitos, com o profundo conhecimento da realidade de seu cotidiano. Significa compreender as relações que estabelecem no contexto social e suas especificidades, ou seja, a relação do contexto social como um todo entre as particularidades apresentadas. Para poder-se compreender o fenômeno social que se caracteriza na vida cotidiana das famílias vinculadas ao PBF, o estudo desta categoria, a totalidade, torna-se relevante, pois auxiliará na compreensão das relações estabelecidas no cotidiano particular de cada família entrevistada e sua vinculação com o programa.

Prates (2003, p.25) aponta que: “A totalidade concreta não é um dado, mas um movimento de auto-criação permanente, o que implica a historicização dos fenômenos que o compõem”. Assim entende-se que não basta somente o resgate da história dos sujeitos, mas sim, buscar os significados existentes em seus movimentos e vivências como coletivo e cultura diferenciada e sua inserção no espaço das cidades.

Na interação universal, portanto, os seres são simultaneamente causa e fim uns dos outros, determinando-se reciprocamente. E a natureza aparece como um todo, sem que essa característica seja “transcendente” à causalidade. [...]. O todo, entretanto, não possui nenhum caráter misterioso, que o situe como um “além” de todos os seres (LEFEBVRE, 1991, p.207).

A historicidade aponta-nos que tudo está vinculado a tudo. O desafio é justamente trazer a vida do movimento para o trabalho de pesquisa. O conhecimento, a penetração do processo de análise é parte significativa no todo a ser investigado.

O ser humano, ao nascer, transforma-se em instrumento de construção da história da humanidade, pois esta só se realiza na medida em que a existência do homem está integrada com outros sujeitos. A história vai se tornando real na vida cotidiana em sociedade através dos atos humanos contínuos, e estes, frequentemente, são reproduzidos na vida cotidiana e mantidos através das gerações (OLIVEIRA, 2002, p.80).

Para Prates (2003 p. 95- 96):

A historicidade significa o reconhecimento dos fenômenos sociais, reconhece a processualidade, o movimento e transformação do homem, na realidade e dos fenômenos. Significa que os fenômenos não são estáticos, estão em curso de desenvolvimento e, portanto, só podem ser apreendidos a partir do desenvolvimento deste movimento, por cortes históricos.

O homem, desta maneira, é ser criador, estando a história dentro de um processo de continuidade, em que os atos humanos é que a caracterizam. A história é construída e caracterizada pelos valores, hábitos (alimentares), costumes, de tudo que se estabelece neste movimento de continuidade através dos tempos. Diz Minayo (2000, p. 68):

Nada se constrói fora da história. Ela não é unidade vazia ou estática da realidade, mas é uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto. Isto é, os fenômenos econômicos sociais são produtos da ação e da interação, da produção e reprodução da sociedade pelos indivíduos.

A categoria História surge, dessa forma, na busca da compreensão e explicação deste fenômeno social, o que representa no cotidiano destas famílias do PBF que, por fatos reais, vincularam-se ao programa. Como esses fatos se estabeleceram na história familiar destes sujeitos? Que fatos sociais contribuíram para que hoje estas famílias necessitem deste subsídio do programa? Acredita-se que, neste processo de compreensão da sociedade através dos fatos vividos ao longo da história, sejam as causas desta necessidade.

Ao longo da vida dos sujeitos em sociedade acontecem fatos ou acontecimentos que fazem parte desse processo histórico na busca de realizações, que os fazem procurar sempre a superação. Nesse processo, os movimentos contraditórios ocorrem impulsionando-os nas suas caminhadas, pois em cada

acontecimento estabelecido existe um movimento contraditório como resposta. Trivínos enfatiza:

Os contraditórios interpenetram-se, porque em sua essência têm alguma semelhança, alguma identidade, que se alcança quando se soluciona a contradição, quando se realiza a passagem dos contraditórios de um para outro (1992. p. 69).

Nesse sentido, os opostos se interagem, e muitas vezes, na vida cotidiana, não se consegue perceber esta realidade, necessitando-se que estudos sejam aprofundados para o seu desvelamento e sua compreensão. As ciências existem para a construção destes estudos e sua relação com o cotidiano dos sujeitos em sociedade. Desta forma, esta categoria, a contradição, interage nesta pesquisa devido a sua grande importância e contribuição no entendimento da realidade social das famílias aqui enfocadas.

#### 4.3 PESQUISA QUANTI-QUALITATIVA: VALORIZANDO A PESQUISA EM SUA TOTALIDADE

No campo das pesquisas, utilizam-se diversas abordagens metodológicas, tanto de caráter quantitativo como qualitativo. Entretanto, a escolha de um ou outro tipo deve estar associada ao objetivo da pesquisa e ambos apresentam características específicas, vantagens e desvantagens. Por outro lado, muitas vezes, pode-se fazer uso de diferentes métodos de forma combinada, recorrendo-se a mais de uma fonte para coleta de dados, aliando-se o qualitativo ao quantitativo (MINAYO, 2007, p.57).

Neste sentido, este estudo apresenta uma pesquisa quanti-qualitativa, ou seja, foram ambas utilizadas, a partir dos pressupostos das abordagens quantitativa e qualitativa, para atingir o objetivo da investigação.

Esta combinação de métodos é enfatizada por Lefebvre:

A noção de qualidade – abstrata, geral, qualidade no pensamento e pensamento abstrato da qualidade – esboça-se no horizonte do pensamento e nele se introduz legitimamente. Mas a qualidade não pode se isolar. O pensamento não pode parar na qualidade. Já seu próprio

movimento lhe revela que ele atravessou graus, que é mais objetivo que no início, mais concreto. Penetrando no conteúdo, pressente e descobre que lhe é possível penetrar mais ou menos neste conteúdo. Além disso, de modo efetivo, e tanto em seu funcionamento quanto na análise do concreto, o pensamento constata que a qualidade se repete. Por conseguinte, através de seu movimento interno e externo (no conteúdo, no fato), a quantidade, por sua vez, se introduz; ela não é aqui deduzida ou constituída, como um sistema idealista; ocupa seu lugar, esperada, solicitada pela exigência do conteúdo. E temos aí dois aspectos inseparáveis, tanto do real quanto do pensamento: verdadeiros, relativamente, enquanto momentos ou aspectos; falsos quando são isolados, quando se pára nesse estágio aquele movimento do pensamento que analisa e se analisa, que, por outro lado, se encontra e encontra a totalidade do conteúdo (1991, p.175).

Nas ciências sociais, os estudos quantitativos, os quais são orientados pela doutrina positivista e têm sua influência inicialmente pela abordagem das ciências naturais, postulam a existência de uma realidade externa que pode ser examinada com objetividade, pelo estabelecimento de relações causa-efeito, a partir da aplicação de métodos quantitativos de investigação, permitem chegar a verdades universais. Sob esta ótica, os resultados da pesquisa são reprodutíveis e generalizáveis (ALVES, 1991, p. 53).

Compreende-se o positivismo como uma combinação das ideias empiristas com a lógica moderna (que alia trabalhos de matemática e lógica), influenciado pelas descobertas da física, em especial pelas teorias da relatividade e quântica (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004; COBRA, 1999). Segundo o positivismo, a lógica e a matemática seriam válidas por estabelecerem as regras da linguagem, constituindo-se um conhecimento *a priori*, independente da experiência. Em contraste, o conhecimento empírico deve ser obtido a partir da observação e por meio do raciocínio indutivo. Os positivistas entendem que cada conceito de uma teoria deve ter como referência algo observável e defendem a verificabilidade dos enunciados científicos e o estabelecimento de relações lógicas entre eles, impondo um critério “ideal” de agir e pensar (caráter normativo). No entanto, convém ressaltar que a pesquisa quantitativa não se restringe à adoção de uma teoria, de um paradigma ou método, mas permite, ao contrário, adotar uma multiplicidade de procedimentos, técnicas e pressupostos.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador procura aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda – ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social – interpretando-os segundo a

perspectiva dos participantes da situação enfocada, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Assim sendo, a interpretação, a consideração do pesquisador como principal instrumento de investigação e a necessidade do pesquisador de estar em contato direto e prolongado com o campo, para captar os significados dos comportamentos observados, revelam-se como características da pesquisa qualitativa (ALVES, 1991; GOLDENBERG, 1999; NEVES, 1996; PATTON, 2002).

Assim, na abordagem Qualitativa, não necessariamente se levam em conta hipóteses a serem testadas, e prevalecem questões norteadoras (TRIVIÑOS, 1992, p.43). Para o Serviço Social, a metodologia da pesquisa qualitativa apresenta-se como possibilidade para conhecer plenamente os “sujeitos com os quais dialogamos”. (MARTINELLI, 1994, p.7):

O primeiro pressuposto da pesquisa qualitativa é o reconhecimento da singularidade do sujeito, ou seja, buscar conhecer, escutar, ouvir o sujeito. Após reconhecer que conhecer o modo de vida do sujeito pressupõe o conhecimento de sua experiência social.

Segundo Enger (1994), nas Pesquisas Qualitativas considera-se que as realidades são múltiplas, construídas e holísticas, nas quais quem conhece e o que é conhecido interagem, são inseparáveis.

Os autores assinalam as seguintes características da investigação qualitativa: ela é indutiva - o investigador deve perceber o cenário e as pessoas desde uma perspectiva holística, sendo que estas não são reduzidas a variáveis e sim consideradas como um todo. Os investigadores qualitativos devem ser sensíveis aos efeitos que eles mesmos causam aos sujeitos do estudo; e estes tratam de compreender as pessoas dentro do marco de referência delas, suspendendo suas próprias crenças, perspectivas e predisposições e considerarem que todas as perspectivas são valiosas.

Assim, as escolhas metodológicas que nortearam esta pesquisa centram-se na busca da interpretação de dados e possível compreensão de um tema emergente da contemporaneidade: os possíveis benefícios que o Programa Bolsa Família traz às crianças das famílias vinculadas a ele, considerando a melhoria do perfil nutricional e das condições de vida. Cabe destacar que, para este estudo, além da

questão da saúde, razão suficiente por si mesma no combate a doenças vinculadas a má alimentação, acrescentam-se e se privilegiam as questões político-sociais dos sujeitos, das famílias e o crescente processo de exclusão social que elas vêm vivenciando, principalmente as de baixa renda, que necessitam vincular-se a programas sociais a fim de garantir sua subsistência.

Para um melhor entendimento da pesquisa na busca da interação das abordagens quanti-qualitativa foram realizados os seguintes procedimentos:

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa quantitativa através do Banco de Dados do SISVAN, a qual auxiliou na obtenção e análise da situação nutricional das crianças que fazem acompanhamento de vigilância nutricional periódica pela Secretaria de Saúde no Município de Gravataí.

Nesta fase da análise documental, buscamos os seguintes dados no SISVAN do Município, como segue na Tabela 8 abaixo:

**Tabela 8 - Perfil Nutricional das crianças menores de 7 anos com condicionalidade saúde no Município de Gravataí em 2009.**

<b>Crianças menores de 7 anos</b>	<b>Nº absoluto</b>	<b>%</b>
Nº total de crianças atendidas nas Unidades Básicas de Saúde com a condicionalidade saúde	244	100
Nº de crianças com o perfil nutricional de baixo peso	4	1,64
Nº de crianças com o perfil nutricional de peso normal	189	77,46
Nº de crianças com o perfil nutricional peso elevado	51	20,9

**Fonte:** Dados obtidos no SISVAN no Município de Gravataí em 2009.

Então, neste momento, o estudo se caracterizou como sendo descritivo do tipo “série de casos”. É descritivo, pois constitui a primeira etapa da aplicação do método epidemiológico com o objetivo de compreender o comportamento de um agravo à saúde numa população. Nos estudos descritivos, os dados são reunidos,

organizados e apresentados na forma de gráficos, tabelas com percentuais, segundo atributos da pessoa, do tempo e do espaço, sem o objetivo de se estabelecer associações ou inferências causais. Esse tipo de estudo geralmente visa descrever populações alvo que apresentem certos atributos de interesse, e o objetivo, no presente estudo, é averiguar a existência de associação entre uma doença<sup>7</sup> ou condição relacionada à saúde das crianças vinculadas ao programa. Frequentemente, pela impossibilidade de se estudar o universo, adota-se como opção o estudo de uma amostra estimada da população, desta forma, através de uma crista quantitativa, tem-se o delineamento de uma série de casos. Buscou-se este delineamento por ser o mais próximo do modelo dialético-crítico, pois há integração das duas abordagens. A combinação dos métodos quantitativo e qualitativo produz a triangulação metodológica, que, numa relação de opostos complementares, busca a compreensão do positivismo e do compreensivismo. Assim, a triangulação é uma estratégia de pesquisa que contribui para aumentar o conhecimento sobre determinado tema, alcançar os objetivos traçados, observar e compreender a realidade estudada ([http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol7\\_12.pdf](http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/vol7_12.pdf)).

Os dados da Tabela 8 nos permitiram conhecer quantitativamente o diagnóstico nutricional das crianças vinculadas ao PBF em Gravataí através do SISVAN. Observamos através dela que no total de 244 crianças atendidas pelo programa, 1,64% estavam abaixo do peso para a faixa etária, que 77,69% estavam com seu peso adequado para a idade e que 20,9% tinham o perfil nutricional de peso elevado, denotando um aumento importante da obesidade infantil nas crianças beneficiadas pelo PBF. Na busca de um aprofundamento destas informações, através de estudo de séries de casos, foi definida uma amostragem a partir do número total de crianças de baixo peso encontrado, ou seja, 4 crianças, então, foram selecionadas através do maior percentil<sup>8</sup> encontrado dentro da classificação do perfil nutricional: 4 crianças com peso normal e 4 crianças com peso elevado para então podermos analisar com mais equilíbrio a curva de crescimento destas crianças na 1ª

---

<sup>7</sup> No caso de nossa pesquisa teremos o número total de crianças com peso elevado para a idade (obesidade) e baixo peso para a idade.

<sup>8</sup> Percentil é a medida estatística proveniente da divisão de uma série de observações em cem partes iguais, estando os dados ordenados do menor para o maior, em que cada ponto da divisão corresponde a um percentil.



e 2ª vigência de 2009. Isso será feito através das avaliações exigidas pelo programa semestralmente, como segue no Quadro 2.

Conforme foi descrito no Capítulo 3 desta pesquisa, a referência para o diagnóstico do estado nutricional de crianças menores de 7 anos no SISVAN é a curva de crescimento do Cartão da Criança, instrumento que auxilia na articulação de todas as ações de saúde e nutrição na infância. Portanto, o Percentil é a forma de classificação adotada pelo Ministério da Saúde para uso em serviços de saúde, por meio do Cartão da Criança. As curvas de Peso/Idade adotadas no Cartão da Criança correspondem ao padrão do NCHS e são elas: percentil 0,1; percentil 3; percentil 10; percentil 97. Assim, com os dados peso/altura, podemos calcular os índices antropométricos ou nutricionais mais utilizados, lembrando que cada uma das fases do ciclo de vida possui referências e pontos de corte<sup>9</sup> diferenciados, como segue tabela abaixo:

**Tabela 9 - Pontos de corte (PI) estabelecidos para crianças menores de 7 anos.**

PERCENTIL	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< Percentil 0,1	Peso Muito Baixo para a Idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Peso Baixo para a Idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 10	Risco Nutricional
≥ Percentil 10 e < Percentil 97	Adequado ou Eutrófico
≥ Percentil 97	Risco de Sobrepeso

Fonte: WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995 e MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Caderno de Atenção Básica: nº 11: Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, 2002.

Assim, o Quadro 2 abaixo mostra a curva de crescimento de cada uma das crianças da amostra nas duas vigências de 2009 através do estudo de séries de casos. O quadro foi estruturado a partir dos dados obtidos no SISVAN de cada perfil encontrado e selecionado para amostra no estudo. Para preservarmos a identidade

<sup>9</sup> Para ser feito um diagnóstico antropométrico, é necessária a comparação dos valores encontrados na avaliação com os valores de referência ditos como “normais”, para identificar se existe alteração ou não. Os limites de normalidade são chamados de pontos de corte. Os pontos de corte são, portanto, limites estabelecidos (inferiores e superiores) que delimitam, com clareza, o intervalo de normalidade.

das crianças, foram-lhes dados nomes fictícios. As idades foram padronizadas conforme referências do NCHS, e as idades em anos devem ser transformadas em meses e as regras de aproximação devem ser seguidas para as idades que não foram exatas: a fração de idade até 15 dias, aproxima-se a idade para baixo, isto é, para o mês já completado, e fração de idade igual ou superior a 16 dias: aproxima-se a idade para cima, ou seja, para o mês a ser completado.

**Quadro 2 - Curva de Crescimento das crianças analisadas no município de Gravataí – SISVAN, 2009.**

CRIANÇA		1º acompanhamento – 1ª vigência				2º acompanhamento – 2ª vigência			
Nome	sexo	idade	Peso/ Altura	Percentil	Diagnóstico nutricional	idade	Peso/ Altura	Percentil	Diagnóstico nutricional
Ana	F	1a4m	8,8kg/ 82 cm	P 0,1	Peso baixo	2a3m	10,5 kg/ 91 cm	P 0,1	Peso baixo
José	M	0m4m	6,6kg/ 67 cm	>=P3 <P5	Risco peso baixo	1a4m	9,5kg/ 81,5 cm	>=P3< P5	Risco peso baixo
Ivo	M	5a1m	17,3kg 114cm	=P5	Risco peso baixo	5a8m	18kg 116cm	<P10	Risco peso baixo
Lia	F	1a	9kg/ 86cm	>P 0,1 <P3	Peso baixo	1a11m	13,9kg/ 95cm	>P50	Peso normal
Pedro	M	0a2m	12,9kg/ 78 cm	>P97 <=P99,9	Obesidade	1a2m	17kg/ 88 cm	P99,9	Obesidade
Maria	F	3a7m	19,55kg/ 107 cm	>P97 <=P99,9	Obesidade	4a5m	23kg/ 110 cm	>P97<= P99,9	Obesidade
Eva	F	6a	23kg/ 111 cm	>P97 <=P99,9	Obesidade	6a11m	27,9kg/ 121 cm	>P97<= P99,9	Obesidade
Ani	F	5a4m	23,8kg 116 cm	>P97 <=P99,9	Obesidade	5a11m	30kg/ 118 cm	>=P 99,9	Obesidade
Paulo	M	4a3m	16kg/ 105 cm	P50	Peso normal	4a10m	14kg/ 105 cm	>=P0,1< =P3	Peso baixo
João	M	2a3m	13,7kg/ 92 cm	>=P50 < = P85	Peso normal	3a8m	14,5kg/ 100 cm	>=P15 <=P50	Peso normal
Nara	F	6a2m	15kg/ 102 cm	>=P15 <=P50	Peso normal	6a11m	13,9kg/ 103 cm	=P5	Risco baixo peso
Vera	F	4a10m	22kg/ 116 cm	=P50	Peso normal	5a2m	22,6kg/ 120 cm	=P50	Peso normal

Fonte: Quadro de autoria do pesquisador - 2009

Como vimos acima, três crianças com perfil nutricional abaixo do peso continuaram com os mesmos percentis nas duas vigências; apenas uma conseguiu evoluir para peso normal. As quatro crianças analisadas com obesidade permaneceram com o mesmo perfil, demonstrando que não houve uma evolução satisfatória no diagnóstico nutricional de nenhum dos dois grupos, exigindo maior atenção em seu quadro clínico e alimentar. Das quatro crianças com perfil nutricional peso normal, na 1ª vigência de 2009 do PBF, duas delas tiveram retrocesso em seu diagnóstico nutricional e passaram a ter risco de peso baixo e peso baixo necessitando maior investigação. Esses dados serão analisados mais profundamente no Capítulo 5 desta pesquisa.

Finalizando, o método de pesquisa qualitativa se apresenta como perspectiva metodológica seguida, neste momento, pois possibilitou uma melhor apreensão e conhecimento das questões que envolvem a dinâmica familiar e o programa de transferência de renda condicionada, compreendendo as intonações, a especificidade deste contexto social em seus resultados concretos. O Estudo permitiu conhecer a família, seu cotidiano, seus valores, o diagnóstico nutricional das crianças das famílias vinculadas ao programa, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos reais que determinam suas vidas (TRIVINOS, 1993, p38). A amostra, nesta etapa, é do tipo estratificada proporcional, por assegurar representatividade com respeito ao número de famílias vinculadas ao programa.

Tendo em vista que na pesquisa qualitativa não é necessário seguir rigidamente uma definição dos sujeitos a serem investigados e, após a análise do acompanhamento dos perfis nutricionais de cada criança da amostra através do Quadro 2, foi realizado o trabalho de campo, no qual foram feitas visitas nos domicílios das famílias do PBF com crianças com os seguintes perfis: 2 criança de peso baixo, 2 crianças com obesidade e 2 com peso normal. Nestas visitas, nas famílias, foram reconhecidos os sujeitos da pesquisa, identificadas transformações na vivência familiar a partir do ingresso no programa, alterações quanto à organização doméstica, aquisição de bens, mudanças nos hábitos alimentares, direcionando mais especificamente a questão sócio-econômica-nutricional que norteia as suas vidas.

O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele, pois campo é entendido como um recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação (MINAYO, 2000, p. 105).

Minayo ainda enfatiza que:

Pela sua importância, o trabalho de campo tem que ser pensado a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais que envolvem questões conceituais. Isto é, não pode pensar um trabalho de campo neutro. A forma de realizá-lo revela as preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem coletados como o modo de recolhê-los. Esse cuidado faz-nos lembrar mais uma vez que o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade (2000, p. 107).

Neste contexto, foram utilizadas, nesta última etapa da pesquisa, duas técnicas como componentes do trabalho de campo, que são a entrevista semi-estruturada e a observação sistêmica, em que trabalhamos com o conteúdo das falas dos sujeitos entrevistados sobre sua alimentação e utilização dos recursos advindos do programa que possibilitarão verificar a relação de seus cotidianos e a interface com às políticas públicas.

Para Gil, entrevista é definida como:

Como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (1996, p.116)

Assim, foram utilizadas nesta pesquisa as seguintes técnicas e instrumentos:

- Observação sistemática, com roteiro (Roteiro I - anexo).

Na observação sistemática o observador sabe o que procura e o que carece de importância em determinada situação; deve ser objetivo, reconhecer possíveis erros e eliminar sua influência sobre o que vê ou recolhe (GIL, 1996, p.90).

- Entrevista do tipo semi-estruturada - tipo de entrevista que tem características de flexibilidade.

A entrevista semi-estruturada orientou a pesquisa com roteiro, contendo perguntas abertas e fechadas e se justifica, pois:

[...] se desenrola a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permite que o entrevistador faça as necessárias adaptações. Parece-nos claro que o tipo de entrevista mais adequado para o trabalho de pesquisa que se faz em ciência social aproxima-se mais do que esquemas livres, menos estruturados (LUDKE & ANDRÉ, 1986, p. 34).

A entrevista semi-estruturada permitiu ao pesquisador a possibilidade de incluir novas perguntas durante o processo da coleta para o aprofundamento dos assuntos a serem pesquisados. A entrevista com as famílias foi no domicílio e a técnica realizou-se sob forma de questionário como instrumento de coleta de dados construído por uma série de perguntas (Formulário A - anexo).

Todas as etapas garantiram orientações estabelecidas no Termo de Consentimento entre os sujeitos aqui contemplados. O termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3) contém a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa. Descreve os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados, bem como a forma de acompanhamento, assim como seus responsáveis. Contém a garantia de que se pode abandonar a pesquisa antes e durante seu curso, sem prejuízo para si, garantindo o sigilo que assegura sua privacidade.

Após a autorização dos sujeitos, por meio da ciência do Termo de Consentimento, a coleta de dados seguiu com anotações, registros (diário de campo), a fontes orais. As observações sobre as falas e ações dos sujeitos foram anotadas de forma descritiva e somente após será realizada a análise. Os sujeitos entrevistados concordaram com a utilização do gravador, mediante autorização própria em um instrumento elaborado unicamente para este fim.

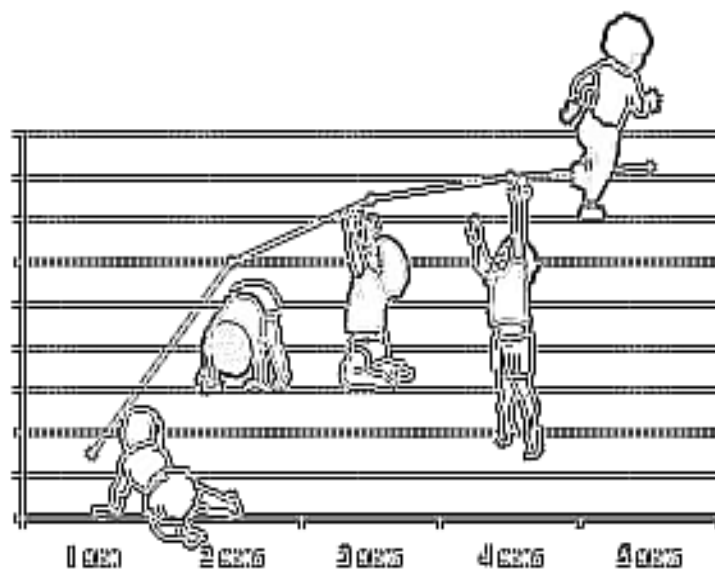
Um dos objetivos do pesquisador é realizar a coleta de informações e após realizar a análise crítica do material coletado. A metodologia constitui-se de diferentes etapas para a realização do trabalho de pesquisa e a produção de conhecimento surge justamente da interação entre o processo de investigação e o seu resultado coletado nas entrevistas, e os resultados desta interação serão dissertados no Capítulo 5 desta pesquisa. O exercício profissional é qualificado com

a pesquisa e investigação social e, além disso, podemos, com a produção de conhecimento, subsidiar a qualificação de políticas públicas.

A proposta aqui apresentada investigou o significado que este auxílio financeiro do PBF traz como contribuição para a melhoria da qualidade de vida com vistas para o aprimoramento da proteção social a tais sujeitos, respeitando as suas individualidades.

Quanto aos procedimentos, foram utilizados os pertinentes à abordagem da pesquisa quantitativa, a qual permitirá a análise de bancos de dados da secretaria da saúde do município de Gravataí e da pesquisa qualitativa que privilegia o contato direto com os sujeitos a serem pesquisados. Portanto, as abordagens podem ser complementares e adequadas para minimizar a subjetividade e aproximar o pesquisador do objeto de estudo, respondendo às principais críticas das abordagens qualitativa e quantitativa, respectivamente, proporcionando maior confiabilidade aos dados.

Vale ressaltar, ainda, que a pesquisadora é nutricionista e tem grande interesse profissional com relação ao direito à alimentação, à Segurança Alimentar e Nutricional e à interface com a questão social, objetivando seu interesse ao desenvolver essa proposta de estudo no Serviço Social. Todos os passos da pesquisa abordaram a interação constante entre a pesquisadora e o objeto a ser pesquisado.



## **CAPÍTULO 5:**

### **O PBF**

## **5 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM SUAS CONTRADIÇÕES: DIREITO AO ALIMENTO & DIREITO A SAÚDE & DIREITO A INFORMAÇÃO**

Como vimos no capítulo anterior, o método dialético foi utilizado nesta pesquisa, por propiciar subsídios teóricos na apreensão da realidade de vida das famílias do PBF, sujeitos sociais que vivem em um contexto histórico, que, mesmo determinado pelo contexto econômico, político e cultural, são partícipes da construção da realidade social em que vivemos, sujeitos que também assumem um papel transformador da realidade. Entendermos que, através do método dialético crítico, é possível a compreensão dos processos sociais que estamos permanentemente em construção e reconstrução, através deste mesmo movimento dialético. A pesquisa quanti-qualitativa possibilitou-nos uma análise das informações obtidas durante as entrevistas com as famílias do programa, e os dados colhidos foram categorizados e codificados conforme a técnica de Análise de Conteúdo. Bardin define da seguinte forma a análise de conteúdo:

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (2009, p.44).

Neste sentido, foi através da análise das falas dos sujeitos entrevistados que se buscou o esgotamento dos conteúdos dos relatos das experiências vividas pelas famílias entrevistadas após vinculação ao PBF e a influência do programa no perfil nutricional das crianças. Assim, nesta pesquisa, utilizou-se a opção de análise a partir das falas das famílias, cuja leitura, descrição e interpretação do conteúdo auxiliaram a reinterpretar a realidade e a alcançar uma compreensão de seus significados num nível que ultrapassa a leitura do comum dentro de um cotidiano de vida. Sendo assim, a análise de conteúdo permite mais do que utilizá-lo no tratamento de dados de pesquisa quantitativa, ela busca um aprofundamento histórico entre a teoria e a prática no campo das investigações sociais.

Conforme Minayo (2000, p. 209), operacionalmente, a análise de conteúdo desdobra-se em três etapas:



### **Pré- análise**

Consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final.

### **Exploração do material**

Consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas, ou seja, realiza-se na transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

### **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**

Os resultados brutos são submetidos (tradicionalmente) a operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir deste momento, o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Assim, objetivou-se nesta pesquisa uma interpretação minuciosa dos conteúdos das falas dos entrevistados através do referencial teórico desenvolvido neste estudo que está situado nos conhecimentos produzidos por Minayo. Esse direcionamento teórico nos auxiliou a compreender o contexto vivenciado pelas famílias vinculadas ao PBF, como também nos permitiu identificar qual o grau de entendimento que as famílias possuem sobre as reais condições de uma vida nutricionalmente saudável. Esse conhecimento garante uma qualidade de vida, bem como as necessárias informações sobre o programa, funcionamento, critérios e possibilidades de acesso.

No decorrer desse estudo, constatamos através desta análise de conteúdo três categorias fundamentais para este estudo, que emergiram de categorias de análise da realidade vivida pelos sujeitos entrevistados como sendo: **alimentação, necessidades e informação**. Estas categorias serão descritas e analisadas através do referencial teórico desenvolvido nesta pesquisa no decorrer dos itens deste

capítulo.

## 5.1 A INFLUÊNCIA DO PBF NO PERFIL NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS

O primeiro item deste capítulo apresenta e analisa os dados coletados no SISVAN através do estudo séries de caso descrito no Quadro 2 do capítulo 4, realizando um diálogo com o conteúdo do item 3.2 do capítulo 3 e o PBF.

Aqui pretendemos cotizar a análise dos dados com o referencial teórico e com o objeto inicialmente preconizado, que pretendia averiguar se o PBF vem contribuindo para a melhoria do perfil nutricional das crianças das famílias beneficiadas pelo programa. Reiterando os dados já problematizados, sabemos que o PBF exige das famílias beneficiadas o cumprimento de algumas condicionalidades para a sua permanência no programa; a primeira é manter a frequência escolar da criança, a segunda é acompanhar do ponto de vista nutricional através da evolução da curva de crescimento das crianças de zero a idade abaixo de sete anos, e a terceira, manter o esquema de vacinação atualizado. As mães de crianças nesta faixa etária devem participar das atividades educativas sobre saúde e nutrição, e o não cumprimento dessas condicionalidades implica o desligamento das famílias beneficiárias do Programa (SENNA, 2007; ESTRELLA; RIBEIRO, 2008; MONNERAT, 2008).

A exigência de contrapartidas é, portanto, um ponto central do desenho do PBF e vem se traduzindo em uma questão polêmica e contraditória. Na medida em que, por um lado, o reconhecimento de que as condicionalidades do programa têm potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde e pode representar uma oportunidade ímpar para ampliar o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais, por outro lado, se traduz na ideia de que, à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigatoriedades, estão ameaçados os princípios de cidadania (MONNERAT, 2007, p.1459), ou seja, o direito como liberdade de desenvolvimento de cada um. O acesso a um direito através da obrigatoriedade de

ações põe em cheque esse direito.

O debate em torno das contrapartidas dos programas de transferência monetária abarca diferentes posições. Lavinias (2007) afirma que a contrapartida condiciona o direito constitucional à assistência ao cumprimento de exigências numa situação em que os potenciais beneficiários já estão em situação bastante vulnerável. Por outro lado, Silva (2006) compreende a contrapartida como uma possibilidade de combinação do assistencial/compensatório com o estrutural, visto que, por exemplo, é a própria exigência de manter crianças na escola que permitiria minimizar os efeitos do trabalho infantil sobre as oportunidades de escolaridade de crianças e jovens. Logicamente que, dentro desta perspectiva, não cabe nenhum grau de punição às famílias, porém sabe-se que as famílias são desligadas do PBF quando essa condicionalidade não é contemplada. Vemos então que a condicionalidade de se garantir uma vida saudável da criança é de grande importância para o PBF, tendo a necessidade de se averiguar o crescimento e o desenvolvimento do seu perfil nutricional .

No caso das famílias que cumpriram com a condicionalidade registrada no SISVAN do município, verificou-se a possibilidade do acompanhamento pela área de saúde do estado nutricional destas crianças. Isso permite uma análise mais aprofundada de cada uma delas através da amostra do Quadro 2 (p. 79) do capítulo 4 desta pesquisa.

Como já nos referimos no último parágrafo da página 82 do item 4.3 desta pesquisa e vimos no Quadro 2, das quatro crianças com diagnóstico de peso baixo e risco de peso baixo na 1ª vigência, três continuaram com o mesmo percentil na 2ª vigência, ou seja, não houve alteração em seu percentil, necessitando uma análise no quadro clínico. Realizamos então entrevista no domicílio da família da Ana, uma das crianças com este perfil, para conhecer, nesta primeira etapa, sua alimentação e hábitos alimentares da família.

Abaixo apresentaremos as falas das mães sobre a alimentação dada para as crianças desde o seu nascimento e sua vinculação ao PBF. Aqui temos o relato da mãe de Ana de sobre como é o seu cotidiano alimentar:

*Minha filha, no começo, chorava muito, não pegava o peito, acho que meu leite era fraco, dei leite de vaca. Teve diarreia, depois acostumou. A gente é pobre, fica difícil ter comida boa todos os dias. A gente divide como dá, o arroz, feijão, massa, o pão, o leite das crianças.<sup>10</sup>*

O fragmento da fala acima colocado expressa as possíveis causas do contínuo diagnóstico nutricional de baixo peso da criança, devido ao fato de ela não ter recebido o leite materno pelo período considerado ideal. Vemos, através da fala da mãe de Ana, que se mostra estruturado um conhecimento mais particularizado sobre os benefícios do aleitamento materno, no qual muitas mulheres acreditam que seu leite é fraco, não sustentando de forma ideal seus filhos. Isso está caracterizado em uma cultura de que a criança gorda é que representa estar bem nutrida, ao contrário da criança que não aumenta seu peso, podendo estar sendo prejudicada pela própria mãe.

Assim, muitas mães carregam culpas pelo fato de não poderem dar o peito por desconhecerem o funcionamento do aleitamento materno, somando-se a precária situação financeira da família e as más condições de moradia em bairros periféricos. O perfil das famílias entrevistadas, na sua grande maioria, é formado de papeleiros que vivem pelas ruas com seus filhos. Essa situação impede que as crianças recebam alimentos com nutrientes necessários para um desenvolvimento adequado.

Os programas do Ministério da Saúde para as crianças recém-nascidas mencionam a importância da amamentação nos dois primeiros anos de vida, pois o leite materno está na temperatura ideal, atende a fome e a sede, possui todos os nutrientes para o seu crescimento e desenvolvimento, não sendo necessária a ingestão de outro alimento até os seis meses de vida. Só após este período é recomendada a introdução de uma alimentação complementar. O desmame precoce pode causar desnutrição em crianças entre 0 e 2 anos de idade, pois a alimentação introduzida normalmente é insuficiente para satisfazer as necessidades dos lactentes entre famílias de baixo poder aquisitivo, que, ao ingressarem no programa, buscam nos amigos os alimentos mais citados na sua aquisição com o dinheiro

---

<sup>10</sup> Para o devido destaque, as falas utilizadas nesta pesquisa serão apresentadas com formatação diferenciada.

proveniente do PBF, conforme relato da mãe de Ana.

Além disso, as condições sanitárias insatisfatórias e práticas inadequadas de higiene acompanham a desnutrição, o que favorece a ocorrência de parasitoses, infecções, diarreia e anemias, ocasionando neste quadro apetite diminuído por causa das dores abdominais e muitas vezes acompanhadas da febre. A criança passa a comer menos do que o normal e provavelmente menos do que precisa para ter um crescimento e desenvolvimento normais. Sabe-se que quando há educação alimentar associada a renda, maior é o gasto com hortaliças, frutas e outros elementos variados, enquanto que, quanto menor a renda familiar associada a baixa informação educacional, maior o comprometimento tanto da qualidade quanto da quantidade de alimentos consumidos. A segunda visita domiciliar ocorreu com a família de Lia, cujo diagnóstico nutricional, no Quadro 2, na 1ª vigência, era de peso baixo para a idade, mas que evoluiu, na 2ª vigência, para um diagnóstico de peso normal.

A mãe de Lia, através de sua fala, demonstra o quanto a educação, através dos cuidados inerentes à saúde, quando levados à população, apresenta efeitos importantes através da associação de programas na área social como o PBF, conjugando saúde pública e políticas sociais. A mãe assim se expressa:

*O médico do posto me informou que minha filha precisava pegar mais peso, tava magrinha, então me ensinou o que era bom e o que não era bom para minha filha comer. Os agentes me ajudaram, nas visitas que faziam. Tentei usar este dinheiro do Bolsa na compra de comida, e ela foi melhorando.*

Através da fala da mãe de Lia, vemos o quanto é importante o trabalho em rede<sup>11</sup> nas comunidades mais carentes, onde diversos atores sociais deverão estar integrados no acompanhamento dos usuários dos programas tanto na área da saúde como junto às políticas de assistência social. É muito importante o papel da equipe

---

<sup>11</sup> A rede sugere uma teia de vínculos, relações e ações entre indivíduos e organizações. Elas se tecem ou se dissolvem continuamente em todos os campos da vida societária, estão presentes na vida cotidiana (nas relações de parentesco, nas relações de vizinhança, nas relações comunitárias), no mundo dos negócios, na vida pública e entre elas. O que explica a existência de múltiplas redes são as necessidades humano-sociais que colocam em movimento a busca de interação e formação de vínculos afetivos, de apoio mútuo, para empreendimentos etc. Uma rede envolve processos de circulação, articulação, participação, cooperação (CARVALHO, 2005).

de saúde no diagnóstico nutricional, na sinalização, orientação e acompanhamento destas famílias e, em especial, das crianças, pois assim teremos um trabalho mais efetivo na sua saúde e desenvolvimento, como uma melhor efetivação de ações conjuntas entre a área da saúde e políticas sociais existentes. Como vimos no Capítulo 1, no item 1.2, no qual é abordado o direito à saúde e ao alimento, enfatizamos a importância de uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de saúde, fundamentada em uma nova ética social e cultural. O objetivo dessas ações é a promoção da saúde, a segurança alimentar e a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2008).

Sabemos, pois, da importância de uma alimentação adequada nesta faixa etária, sobretudo quando o diagnóstico nutricional é de baixo peso na infância. Do ponto de vista nutricional, ela assegura o crescimento e desenvolvimento, além do seu papel para a promoção e a manutenção da saúde e do bem-estar do indivíduo (BARBOSA; SOARES; LANZILLOTTI, 2007).

No quadro 2 verificamos que as crianças com perfil nutricional para obesidade na 1ª vigência continuaram com o mesmo diagnóstico na 2ª vigência. Para aprofundamento da análise, a partir de escolha aleatória de duas crianças, foram realizadas as entrevistas com as famílias. A primeira entrevistada foi a mãe de Maria, em sua residência. A criança tem 4 anos e cinco meses de idade e apresenta 23 kg de peso, que está acima do esperado. Abaixo apresentamos o relato da mãe sobre a alimentação de sua filha:

*Ela mamou no peito até quatro meses. Agora ela já quer escolher o que comer. Não gosta de verdura e fruta só de banana. É difícil fazer ela ficar quieta pra comer, só fica quieta quando está vendo TV e eu dando a comida. Não toma água, só coca-cola e tenho que esconder as bolachas se não fica o dia inteiro comendo isso e se não dou fica esperneando.*

Na fala da mãe de Maria, observa-se que a criança possui uma alimentação inadequada, com dificuldades de horários e da introdução de uma alimentação equilibrada com legumes, verduras e frutas mais variadas. Também o depoimento da mãe revela a dificuldade de estabelecer limites para a criança, a qual, além de não

ingerir alimentos saudáveis, também realiza as refeições em local impróprio, caracterizando uma falta de educação alimentar familiar adequada, bem como uma postura de limites e novas possibilidades. Sobre a alimentação da família, a mãe informou que tanto ela quanto o marido não gostam e não ingerem frutas, verduras e legumes e utilizam refrigerantes em todas as refeições da família. Temos, então, uma relação entre pais e filhos que não dá conta de estabelecer uma alimentação pautada em nutrientes ideais que evitariam o sobrepeso.

Esta realidade alimentar estabelecida na relação pai-mãe e filhos também está calcada na cultura que se gesta no cotidiano da grande maioria dos brasileiros, que se bastam nos *fast foods*. Na entrevista constatamos que tanto a mãe quanto o seu marido estão acima do peso ideal preconizado pelo Ministério da Saúde. A mãe entrevistada está no 8º mês de gestação do seu segundo filho e com o peso bem elevado, recebendo alertas e orientações do médico para cuidar o peso, conforme pré-natal estabelecido e constatado através da carteirinha de acompanhamento da gestante. Vejamos seu relato quanto aos procedimentos do médico através de suas orientações no pré-natal:

*O médico do posto já pediu para eu diminuir os lanches, o refrigerante, mas eu sei que depois do parto, vou diminuir de peso, pois já ocorreu quando estava grávida da minha filha.*

Constatamos que a entrevistada, mesmo sendo orientada pelo médico do PSF, mantém os maus hábitos alimentares da família, mesmo estando vivendo seu processo de gestação. Observa-se que há uma certa dificuldade por parte da mãe em assimilar as orientações médicas, correndo o risco de ter um parto com complicações e uma criança com problemas de saúde. A criança apresenta risco de desenvolver doenças crônicas no seu crescimento devido a sua alimentação inadequada. Sabemos que os hábitos alimentares são criados e cultivados no seio da família, a qual é o espelho para as crianças em suas ações e também em seus hábitos, não só os alimentares. A importância da família para a formação dos gostos e da personalidade da criança é fato comprovado, e Heller faz a seguinte referência sobre essa importância:

[...] a família é a base de operações de toda nossa atividade cotidiana: o lugar de partida, e o ponto de retorno, nosso lócus espacial, nossa casa[...]

na família se formam e determinam as relações mais imediatas entre os homens (...) (1982, p 31).

Assim, é nessas trocas ocorridas no cotidiano das relações que a memória das tradições familiares se estabelece e se perpetua ao longo das gerações, seja de caráter religioso, cultural e nos hábitos alimentares. Estes últimos, muitas vezes, são determinantes de doenças vinculadas à ingestão alimentar inadequada na família.

Na segunda entrevista realizada com a família de Ani, também acima do peso, a mãe relatou sobre a alimentação de sua filha:

*Ela come de tudo, tudo até demais, tenho que esconder os doces e o refrigerante, pois se deixar não para de comer. Ela quer comer tudo que vê na propaganda da TV. Na realidade toda a minha família é gordinha. Eu e meu marido estamos acima do peso. Minha comida é forte, bem temperada e gostamos de carne gorda. Como meu marido é pedreiro, precisa comer bastante e todos acabam comendo também.*

No relato da entrevistada, observamos o contexto contraditório em que as crianças estão situadas no seio familiar. A mãe diz que a filha abusa de doces e refrigerantes, mas a família mantém este hábito alimentar no seu cotidiano. Isso ocasiona situações de conflitos no que se refere à formação da criança, a qual é levada a buscar sua satisfação alimentar no doce artificial diferente do que o açúcar natural dos alimentos como frutas, sucos que poderiam ser introduzidos no cotidiano da mesa destas famílias.

Vemos então que estes alimentos artificiais como doces e refrigerantes apontados pela mãe de Ani produzem o perfil que o SISVAN aponta através das informações coletadas por este sistema de acompanhamento do diagnóstico nutricional de obesidade, que é transmitido de pai para filho através do hábito de comer em quantidade excessiva e alimentos doces e muitas vezes gordurosos. A Obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa prejuízos à saúde do indivíduo e possui a característica da exclusão, pois os sujeitos acima do peso não são bem vistos pela sociedade. As famílias sofrem com a obesidade infantil, mas acreditam que somente as crianças têm a decisão da mudança.



Por volta dos 10 anos, considera-se que o fato de estar gordo passa a pesar para os pequenos. Mudanças corporais, interesses emocionais e mais uma vez a sociedade de consumo estão presentes nesta transformação. A busca pelo corpo mais desenhado, associado à moda da ditadura estética faz aflorar sentimentos negativos como a tristeza, a depressão, a ansiedade e a culpa (SANTOS, 2007, p. 134).

O número de crianças e adultos obesos é cada vez maior, tanto em países pobres quanto ricos, e a Organização Mundial de Saúde passou a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição. A presença do excesso de peso na população menos favorecida pode ser explicada pela falta de orientação alimentar adequada, atividade física reduzida e pelo consumo de alimentos muito calóricos, como cereais, óleo e açúcar. Tais alimentos são mais baratos e fazem parte de hábitos alimentares tradicionalmente incorporados. O problema da obesidade cresce em uma proporção, muitas vezes menor, entre a população mais privilegiada porque ela tem maior acesso a informações sobre os prejuízos que a doença acarreta, a melhora dos hábitos alimentares e a prática de atividade física regular.

As pessoas engordam por quatro motivos: comem muito, têm gasto calórico diminuído, acumulam gorduras mais facilmente ou têm mais dificuldade de queimá-las. O gasto calórico significa a queima de energia que uma pessoa apresenta durante as 24 horas do dia e isso inclui o gasto calórico com a alimentação (energia gasta nos processos de digestão, absorção e transporte de nutrientes) e com a atividade física. A genética é um fator importante com relação à obesidade, pois crianças de pais obesos apresentam maior risco de se tornarem obesas quando comparadas às crianças cujos pais apresentam peso normal. A base genética da obesidade é complexa e várias pesquisas e teorias têm sido feitas a respeito, sendo ainda objeto de estudos.

Também observamos na fala da mãe de Ani que o processo de intensificação do acesso das crianças a este tipo de alimentação calcado em doces é influência dos *fast foods* pela mídia. O sistema capitalista, lamentavelmente, também se apropria do universo infantil, criando imagens através desta mesma mídia no sentido

de comercializar atrativos que influenciam a infância. A descoberta de que elas constituem mundialmente um mercado rentável tem ocasionado o desenvolvimento do marketing infantil e a intensificação da publicidade dirigida a este segmento (ANDI, 2009, p. 13).

De acordo com Santos (p. 129):

Desejos... os produtos passaram a significar mais que um alimento para as crianças e suas famílias, eles possuem afeto, projetam sonhos, são compensações e por isto são indispensáveis tanto para os pequenos, quanto para os adultos. Os brinquedos estão virando comida! Os brinquedos tinham a função lúdica de satisfazer estas lacunas e permitir as crianças vivenciar o mundo da fantasia. As artimanhas do consumo estão aprimorando esta experiência (2007).

A questão central é o entendimento da criança acerca do que constitui uma peça publicitária e suas estratégias persuasivas, pois estudos demonstram que crianças menores de oito anos não têm a capacidade de reconhecer estas estratégias. Assim, a sua exposição desmedida à publicidade é a construção de hábitos alimentares inadequados. Um exemplo publicitário desta questão é a divulgação da propaganda dizendo que “Danoninho vale por um bifinho”. Os achocolatados, guloseimas, refrigerantes, constituem hoje o lanche de muitas crianças, em substituição do doce natural da fruta e para não falar dos *fast foods* e suas campanhas de venda casada entre produtos de baixo valor nutritivo e personagens queridos pelas crianças (ANDI, 2009, p. 15). A promoção de hábitos alimentares inadequados vincula-se, desta forma, à obesidade infantil, constituindo um problema de saúde pública em nosso país.

No processo de análise dos dados, observamos um número significativo de crianças com peso normal no município, vinculadas ao PBF, e da amostra analisada no Quadro 2 foram selecionadas aleatoriamente duas crianças para a entrevista com familiares na visita domiciliar. O João continuou com o diagnóstico nutricional normal na 2ª vigência de 2009, mas a criança Paulo que tinha o diagnóstico de peso normal na 1ª vigência apresentou na 2ª vigência regressão do quadro nutricional para peso baixo.

Na entrevista, ao perguntarmos à mãe de João sobre a alimentação de seu filho, esta informou que:

*A gente é pobre, mas tenta ter em casa uma comida boa com feijão, carne de vez em quando e verdura e frutas. A gente veio do interior e a família plantava lá fora, então gostamos de comer verduras e frutas.*

As influências da história e dos hábitos familiares e culturais provenientes do meio rural e trazidos para o cotidiano familiar atual muitas vezes oportunizam uma alimentação mais regrada em produtos hortifrutigranjeiros. Os hábitos alimentares adquiridos repassados aos filhos estão claramente expressos na fala da entrevistada. A família, mesmo com dificuldades, torna-se idealizadora e reprodutora dessa história. Oliveira acrescenta:

O homem é ser criador, estando a história dentro de um processo de continuidade, em que os atos humanos é que a caracterizam. A história se constrói e se caracteriza através da transmissão de valores, hábitos, costumes, desejos, sentimentos entre os homens, enfim de tudo que possui significado, de tudo que se estabelece neste movimento de continuidade através dos tempos (2002, p.81).

Assim, a família transmite, através de sua história, hábitos alimentares saudáveis que vão possibilitar aos seus membros, e em especial às crianças, boa saúde e uma melhor qualidade de vida. O homem, ao longo de sua evolução, desenvolveu uma intrínseca relação com o processo alimentar, transformando-o em um rico ritual de criatividade, partilha, amor, solidariedade e de comunhão entre seres humanos e com a própria natureza, permeado pelas características culturais de cada comunidade e agrupamento social. Ao alimentar-se junto aos seus, de sua família, saboreando pratos ou alimentos característicos de sua infância, de seus hábitos, o indivíduo se renova em outros níveis além do físico, fortalecendo sua saúde física e mental e também sua dignidade humana.

Na entrevista com a família da criança Paulo, que na 2ª vigência passou a ter o diagnóstico de peso baixo, as informações fornecidas pela família sobre a alimentação da criança são as seguintes:

*Meu filho mamou até oito meses. Ele come de tudo, arroz, feijão, massa, a carne, ovos quando dá pra comprar, ovos e verduras colocamos na mesa. Mas agora ele tá mais magrinho. Teve há pouco uma infecção intestinal, ficou enjoado pra comer. Agora a situação está mais difícil pra comprar alimentos, meu marido está desempregado e o Bolsa está ajudando como pode pra comprar os alimentos necessários.*

A mãe de Paulo demonstra ter esclarecimentos sobre a necessidade de oferecer a sua família uma alimentação variada, mas as condições precárias, principalmente financeiras e sanitárias, dificultam uma melhor qualidade de vida no cotidiano do grupo familiar. Sua família, em especial seu filho, ficou exposta a uma infecção muito forte devido às condições precárias de higiene. Essa situação acabou debilitando a saúde do menino através de uma infecção intestinal. Mesmo com o agravamento das condições financeiras, desemprego do marido e por ter mais três filhos para alimentar, a compra dos alimentos não está somente restrita a amidos, mas a mãe busca oferecer ovos e verduras, equilibrando um pouco mais a qualidade das refeições, não estando restrita a alimentos básicos através do valor recebido pelo PBF, como faz a maioria das famílias estudadas.

Através da fala da entrevistada, observamos na realidade que os programas de transferência de renda, no caso específico o PBF, são um ingrediente fundamental das políticas sociais de muitos países e têm por objetivo criar uma rede de proteção social para as populações mais pobres mediante uma transferência de renda complementar. Estes programas têm assumido vários formatos, em especial no contexto do estado de bem-estar social. Sua presença mais destacada se deve principalmente ao reconhecimento, dentro da crise do estado de bem-estar social, de que os programas de seguridade social clássicos, que vinculavam a inclusão em modalidades de proteção ao vínculo com o mercado de trabalho formal, não conseguiam mais abarcar o conjunto da população. Contingentes crescentes permaneciam excluídos ou subincluídos nesta seguridade.

Assim, a ajuda social do PBF, considerada transitória e residual, tornou-se para muitas famílias a fonte importante de renda de uma crescente proporção da população. Ademais, as reestruturações no estado de bem-estar tendiam a minar seu potencial redistributivo; por conseguinte, a redistribuição passa a ser um quesito fundamental nesta proposta de política social.

Neste contexto, o estado nutricional é consequência de vários fatores e a vigilância nutricional constante faz-se necessária nos países em desenvolvimento como o Brasil, em função da alta prevalência de distúrbios como a desnutrição, e recentemente, a obesidade (UNICEF/UNU/WHO/MI, 1998 apud BISCEGLI et al,

2007). A avaliação nutricional se torna, portanto, uma etapa fundamental nas políticas sociais, para verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado devido a alguma doença e/ou condição social desfavorável (BISCEGLI et al, 2007), sendo entre o desmame e na faixa etária inferior a sete anos de idade a fase mais vulnerável da vida de uma criança em termos nutricionais (MONTE, 2000 apud BISCEGLI et al, 2007).

Através do exposto acima e da análise dos resultados das informações colhidas, buscou-se responder ao seguinte objetivo específico do estudo, observamos que faltam muitos ajustes para alcançarmos este objetivo em sua plenitude e garantir o direito a uma alimentação adequada. A realização do direito humano à alimentação adequada implica obrigações específicas do Estado e da sociedade de respeitar, proteger, promover e prover: a) acesso físico e econômico a uma alimentação saudável e diversificada de forma sustentável; b) condições que propiciem um cuidado adequado na escolha, preparação e administração da alimentação (higiene, preparação de alimentos, etc.); c) condições de vida que promovam a saúde e d) atenção integral à saúde.

Portanto, violações contra o direito humano à alimentação adequada podem decorrer de inadequações na realização de qualquer uma destas dimensões, sendo legítima a impetração de recursos administrativos e legais no sentido da sua reparação. Como também, violações podem ocorrer quando a ingestão excessiva ou inadequada de alimentos, por falta de acesso à informação ou a uma alimentação de qualidade, leva ao surgimento de problemas nutricionais ou de saúde decorrentes de práticas alimentares inadequadas.

## 5.2 A VIDA COTIDIANA DAS FAMÍLIAS BENEFICIADAS E SUAS RELAÇÕES COM O PBF

Neste subitem deste capítulo pretendemos identificar possíveis transformações na vivência familiar a partir do ingresso no programa, alterações quanto à organização doméstica, aquisição de bens, mudanças nos hábitos

alimentares, direcionando mais especificamente a questão sócio-econômica-nutricional que norteia a vida destas famílias vinculadas ao PBF, através das entrevistas nos domicílios das mesmas crianças identificadas com nomes fictícios, como Ana, Lia, Maria, Ani, Paulo e João.

Destaca-se, primeiramente, que a análise das entrevistas realizadas com as famílias do PBF ocorreu na perspectiva da leitura do contexto contemporâneo, no marco das transformações que vêm ocorrendo na organização social, econômica, política e cultural nas sociedades capitalistas, aqui particularmente as situadas no Brasil. Um dos principais motivos deste estudo é o PBF ter a centralidade na família e esta política social estar inserida num dos principais programas brasileiros de transferência de renda. Parte-se da análise do beneficiário no seu dia a dia, na relação cotidiana com a política, isto é, privilegiando o ponto de vista “daquele que recebe”, fato que permite, dentre outras coisas, apreender a subjetividade dos “mais pobres”. Sendo assim, nesta pesquisa destacamos o fator renda, educação e sua relação com o alívio da situação de pobreza e/ou miséria enfrentada pelos beneficiários do Programa Bolsa Família. Para tanto procurou-se apresentar um breve perfil das famílias pesquisadas, bem como do seu local de moradia, tentando traçar um perfil de acesso à rede de bens e serviços públicos e a direitos sociais. Em seguida, procuramos discutir o conceito de pobreza adotado pelo Estado, para, a partir disso, discutir os efeitos do Programa Bolsa Família para o enfrentamento da pobreza e desigualdade social no Brasil.

Considera-se que as famílias entrevistadas no município possuem renda mensal semelhante, pois cumprem os critérios de inclusão na política e se tornaram beneficiárias do PBF. Apresentam, portanto, rendas per capita similares, sendo consideradas pobres, ou extremamente pobres em condições de miserabilidade social pelo Estado. Mas ao deslocarmos o olhar para as condições de vida, para o grau de bem-estar e situação de vulnerabilidade social, as famílias residentes na região periférica da cidade de Gravataí-RS apresentam um padrão/qualidade de vida menos satisfatório do que muitos moradores da região central do município. Na sequência do presente estudo, apresentaremos o cotidiano de vida dos entrevistados, sua condição física de moradia, saneamento, trabalho, habitação e costumes, entre outros.

A primeira família visitada foi a de Ana. São moradores em uma via de acesso precário, na periferia do município; chão batido, com casas de madeira, pequenas e deficitárias, sem saneamento básico. A maioria das famílias é de papeleiros, sem renda fixa, com muitos animais domésticos, como cachorros e cavalo para seu trabalho e transporte. Na casa da família de Ana, a água é proveniente de poço; é utilizado fogão a lenha para preparar sua alimentação e a geladeira estava estragada. A mãe de Ana, quando entrevistada sobre o recebimento do benefício, nos apresentou o seguinte relato:

*O dinheiro do Bolsa Família ajuda muito nas compras de casa, principalmente comida, pois meu marido é papeleiro e ganha pouco e às vezes nem ganha nada no seu trabalho como papeleiro.*

Através da fala da entrevistada, observamos que o valor recebido no PBF faz muita diferença no cotidiano da vida das pessoas principalmente na aquisição de alimentos, pois muitas vezes o ganho percebido pelo pai de Ana não supre as necessidades básicas e familiares, necessidade esta de poder alimentar sua família. Como ocorre também na família de Paulo, o pai do menino está desempregado, vive do dinheiro de “biscates”, a mãe cuida da casa e das crianças, e a renda da família, direta e fixa, está vindo do programa para sua sobrevivência.

Ao visitarmos a família de Lia, sua mãe nos relata a importância deste auxílio recebido através do PBF:

*O valor recebido pelo Bolsa ajuda bastante na compra de comida para minha família. Minha filha melhorou de saúde, ganhou peso.*

O caso de Lia mostra a influência positiva do benefício recebido na melhoria do perfil nutricional da criança, pois a fala de sua mãe salienta que através do auxílio recebido pelo programa conseguiu comprar alimentos e melhorar as refeições da família. Consequentemente conseguiu garantir uma maior qualidade de vida do grupo familiar, procurando assim normalizar o peso de sua filha, pois é necessário que a alimentação oferecida satisfaça suas necessidades e influenciem favoravelmente o seu estado nutricional. A importância de uma alimentação adequada é indiscutível, sobretudo durante a infância. Do ponto de vista nutricional, ela assegura o crescimento e desenvolvimento, além do seu papel para a promoção

e a manutenção da saúde e do bem-estar da criança.

A avaliação nutricional se torna, portanto, uma etapa fundamental no estudo de uma criança, para verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado devido a alguma doença e/ou condição social desfavorável. Mas sabemos que a pobreza é o resultado da combinação de fatores socioeconômicos e políticos diversos, revelando-se uma das mais perversas e históricas faces da desigualdade social, que vem exigindo, além da identificação de suas causas, a descoberta de alternativas criativas para sua superação. Seja qual for o caminho a ser escolhido, sabemos que, tanto no Brasil como em todo o mundo, esse desafio passa pela igualmente desafiadora viabilização da inclusão social. A exclusão, nas palavras de Martins, possui o seguinte significado:

[...] “exclusão” *situa* a possibilidade da mudança e da superação das condições de adversidade, além do imediato, muito além da vida cotidiana. A exclusão social se *situa* no plano de vivência e, sobretudo, da sobrevivência. Não pode ser percebida senão como ativo empenho de negá-la e de macerá-la, na consciência teatral clara de que é algo que pode ser reconhecido como algo que não se quer reconhecer, como refutação de consciência que se realiza na observância do decoro e, portanto, como fator de vergonha. Basicamente, exclusão é uma concepção que nega a História, que nega a práxis e que nega à vítima a possibilidade de construir historicamente seu próprio destino, a partir de sua própria vivência e não a partir da vivência privilegiada de outrem. Há processos sociais excludentes, mas não há exclusões consumadas, definitivas, irremediáveis. Uma sociedade cujo núcleo é a acumulação de capital e cuja contrapartida é a provação social e cultural tende a empurrar “para fora”, a excluir, mas ao mesmo tempo o faz para incluir ainda que de forma degradada, ainda que em condições sociais adversas. O “excluído” é, na melhor das hipóteses, a vivência pessoal de um momento transitório, fugaz ou demorado, de exclusão-integração, de “sair” e “reentrar” no processo de reprodução social. E sair de um jeito e reentrar de outro, pois a sociedade contemporânea é uma sociedade que pede contínua ressocialização de seus membros, contínua reelaboração das identidades (2002, p.44-45).

Nesse sentido, a exclusão social não é fruto tão-somente da insuficiência de renda, ainda que, sem gerá-la e distribuí-la de forma mais equânime, para que todo cidadão possa ter acesso a bens privados e a serviços públicos essenciais, será difícil pensar que a pobreza será superada, e ainda mais distante ficará o desenvolvimento social e humano. Algumas famílias esboçam um discurso crítico quanto ao papel do Estado, e demonstram não estabelecer uma relação de submissão e subserviência, a exemplo o relato da mãe de Maria:

*O valor do benefício é baixo, pode até propiciar mais poder de*



*compra, mas não supre as necessidades, não oferece lazer, melhoria na saúde, educação e alimentação.*

O fragmento da entrevistada nos mostra que o PBF concede melhor poder de compra, mas não atende necessidades objetivas, ou seja, satisfação das necessidades humanas básicas identificadas com patamares mais elevados de aquisição de bens, serviços e direitos a partir do estabelecimento de provisões básicas. Tais aquisições são resultantes de desencadeamentos positivos no âmbito das políticas sociais, que ao serem articuladas com políticas econômicas, provocam nos indivíduos capacidade de atuarem como atores e com criticidade.

A concepção de necessidades humanas básicas adotada nesta pesquisa tem uma vinculação direta com o aspecto humano não dissociado do social, objetivando viabilizar políticas de provisão com racionalidade e eficácia no incremento da qualidade de vida e de cidadania de segmentos mais desprotegidos, entretanto tais políticas devem estabelecer inter-relações com políticas econômicas, de modo que possam criar condições de encadeamentos para a frente, ou seja, condições de satisfação de necessidades a partir de efeitos que a oferta de programas, serviços e medidas de proteção social produz no campo econômico.

Assim, é imprescindível termos o entendimento com relação à diferenciação entre necessidades humanas básicas de necessidades não básicas (intermediárias) e de aspirações, preferências e desejos. A indicação que caracteriza as necessidades humanas básicas é a ocorrência de sérios prejuízos à vida material e a atuação como sujeitos críticos caso essas necessidades não sejam satisfeitas. Sérios prejuízos seriam impactos negativos cruciais que impedem ou põe em risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar capacidade de participação ativa e crítica. São, portanto, danos cujos efeitos nocivos independem da vontade de quem deles padece e do lugar ou da cultura em que se verificam (PEREIRA, 2007, p. 67). Contudo esses prejuízos se diferenciam da falta de satisfação de preferências, desejos, aspirações e compulsões, uma vez que a não satisfação de uma preferência, por exemplo, pode causar sofrimentos e criar eventualmente prejuízos materiais e psicológicos, não impedindo o agente de viver e participar como sujeitos

na sua comunidade, ou mesmo na sociedade (PEREIRA, 2007, p. 67).

Sendo assim, as necessidades humanas básicas, apontadas na análise deste trabalho “são objetivas; porque sua especificação teórica e empírica independe de aspirações, preferências e desejos individuais, e são universais, haja vista que os sérios prejuízos, advindos com a não satisfação dessas necessidades, atingem a todos, em qualquer cultura” (PEREIRA, 2007, p. 68). Doyal e Gough (1991 apud Pereira, 2007, p. 68) apontam dois conjuntos de necessidades humanas básicas universais e objetivas: a saúde física e a autonomia. Contudo esses autores destacam que tais necessidades não são um fim em si mesmo, mas precondições para que seja possível alcançar objetivos universais de participação social e libertação. A saúde física é uma necessidade natural que afeta a todos os seres vivos, e que em princípio não diferencia os homens dos animais. Contudo, o modo de satisfazê-las entre os homens requer provisões de conteúdo humano-social, uma vez que a saúde física não se restringe a mera sobrevivência, ao contrário, somente o homem é capaz de agir teleologicamente, de modo a criar intencionalidade nas suas ações. Sendo assim, os homens possuem, além da dimensão biológica, uma dimensão humana, dotada de autonomia, ou seja, “capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressão” (PEREIRA, 2007, p. 70).

A família da criança Ani, através do relato abaixo, menciona que a organização entre recurso financeiro recebido do PBF, hábitos, costumes e educação fazem a diferença na forma como as famílias otimizam este recurso, pois constatamos que cada família possui uma forma peculiar de utilizar o recurso percebido do PBF. As mudanças efetuadas, mesmo sendo direcionadas pelo programa, passam também por este cotidiano de vida vivido por cada família e do grau de informação que cada uma possui em suas vidas, como vemos no relato abaixo:

*O dinheiro recebido pelo Bolsa Família possibilita comprar alimentos, roupas para os filhos e material escolar. Me ajuda muito, pois meu marido trabalha de pedreiro e o Bolsa complementa a renda.*

Verifica-se, através das falas, mudanças ocorridas nas famílias a partir da

inclusão no programa, pois cotidianamente, o PBF viabiliza a aquisição de roupas e material escolar das crianças, sendo o benefício um complemento de renda ou uma ajuda financeira, mas que na vida das famílias em condição de extrema pobreza representa uma renda certa e fixa. A obtenção dessa renda fixa pelo Bolsa Família oportunizou condições para que alguns representantes legais utilizassem de estratégias de promoção social, impactando significativamente na vida destas famílias.

Uma das questões que vários beneficiados apresentam como problema é referente ao acesso às informações sobre o PBF. Vejamos o que relata a mãe de João:

*O Bolsa ajuda muito nossa família com esse dinheiro, mas na verdade eu não sei direito como ele funciona, cada um diz uma coisa, cada um recebe um valor. Digo isso porque quando comecei a receber da minha primeira filha era um valor, agora de meu filho é outro e ainda é menos do que eu ganhava antes. E a gente vai lá para saber e ninguém explica direito.*

Conforme o exemplo acima exposto, no que se refere ao acesso às informações sobre o programa, a mãe afirma que, muitas vezes, não são repassadas as informações como deveriam, para que as famílias possam realmente se integrar com o PBF. Esta tarefa está direcionada aos agentes de saúde, agentes comunitários e principalmente aos assistentes sociais vinculados às secretarias de assistência social, bem como na área da educação escolar, tendo em vista a vinculação que eles estabelecem com as famílias, buscando, no seu processo de trabalho, a ferramenta utilizada através da visita domiciliar, caracterizando assim o vínculo que este profissional estabelece com as famílias vinculadas ao PBF. Algumas famílias também relataram a precariedade física estrutural dos núcleos que atendem e desenvolvem o PBF, dificuldade dos serviços oferecidos pela setor, cujo sistema encontra-se sempre fora do ar, provocando a demora no atendimento e esclarecimento.

Observa-se que a descentralização político-administrativa e a articulação entre políticas e programas sociais tornem-se fundamentais para a busca de efetividade da proteção social destinada aos grupos vulneráveis. É sabido que esses

processos estão em curso, mais ou menos avançados, conforme a política que se estiver considerando, mas é nesse contexto que se dá a articulação entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Atenção Integral à Família. Tanto a descentralização quanto a articulação entre programas têm implicações para a organização no âmbito local. Apontamos, primeiramente, a priorização do público atendido pelo PAIF. Então, enquanto o Programa Bolsa Família obedece a um critério de renda e tem âmbito municipal, o PAIF atende, potencialmente, todas as famílias em situação de vulnerabilidade social de um determinado território.

Ao propor o acompanhamento das famílias beneficiárias do PBF, com atenção específica às famílias que não estejam cumprindo as condicionalidades, supõe-se que elas estejam sob a tensão de fatores vulnerabilizantes especialmente fortes, e que, portanto, estariam precisando de alguma atenção no sentido de fortalecê-las. Mesmo a existência do CRAS- Centro de Referência de Assistência Social em sua área de residência não significa que essas famílias venham a buscar o serviço.

Então, propõe-se que as famílias do PBF, prioritariamente, sejam convidadas a se inserirem nos serviços socioassistenciais desenvolvidos no CRAS, conforme estabelecido por esta metodologia de trabalho com famílias. Já para a comunidade da área de abrangência são propostas atividades coletivas de atenção às famílias e de fortalecimento comunitário, sendo que alguns temas propostos, como a saúde e a educação, aprofundam a compreensão e o exercício desses direitos, reforçando o cumprimento das condicionalidades do PBF.

O PAIF terá acesso às informações relativas às famílias beneficiárias pelo PBF que estão em sua área de abrangência por meio de informações fornecidas pelo gestor local do PBF, provenientes do Cadastro Único e de outros sistemas gerenciais utilizados pelo PBF, como o Sistema de Gestão de Benefícios (SIBEC), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Sistema de Acompanhamento da Frequência Escolar. Este é apenas o primeiro fluxo de informação a ser desenvolvido. No sentido inverso, que vai do PAIF ao PBF, há que se informar sobre o acompanhamento que estiver sendo prestado à família que não está cumprindo a condicionalidade; se a família estabeleceu um acordo ou um plano de ação para cumprir a condicionalidade; se foi encaminhada para um serviço,

programa ou projeto socioassistencial de Proteção Social Básica ou Especial de média e alta complexidade; e se a família tem alcançado avanços no que se refere à inclusão social.

Nesse sentido, a articulação entre o PAIF e o PBF está criando condições para que a família evite sofrer sanções previstas pelo descumprimento das condicionalidades, pois o que interessa, de fato, é a garantia dos direitos à saúde e à educação. Atualmente, o PBF já mantém relações com as áreas da saúde e da educação para o controle do cumprimento das condicionalidades, tanto nos municípios, no Distrito Federal e nos estados, quanto no âmbito federal. Porém, é preciso que exista também uma articulação adequada entre assistência social, saúde e educação, ampliando uma rede de proteção social para as famílias.

Para tanto, as escolas, os postos de saúde, os CRAS e seus agentes devem ser mobilizados para o trabalho conjunto no território, visando ao acompanhamento das famílias e seus membros, de acordo com as condições e possibilidades locais. Tal responsabilidade de articulação, integração e estabelecimento de fluxo entre estas políticas públicas e sociais é do gestor municipal.

Além da integração e da articulação entre a saúde, a educação e a assistência social, outras políticas devem estar envolvidas numa estratégia de fortalecimento da proteção social, tais como cultura, esportes, geração de ocupação e renda, entre outras. No entanto, serão as condições locais, principalmente as opções dos governantes e dos conselhos setoriais, que determinarão a extensão e a solidez desse processo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Programa Bolsa Família é um dos itens mais importantes da agenda social do governo federal atual. Ele faz parte de uma proposta ambiciosa destinada a combater a fome e seus determinantes estruturais e conjunturais, visando à segurança alimentar da população brasileira. O Programa busca uma articulação entre os três níveis governamentais: municipal, estadual e federal em torno de uma política emergencial de combate à fome, da construção de uma política integrada de segurança alimentar, do direito ao alimento e da implementação de um conjunto de políticas públicas dirigidas a uma população mais carente de renda.

O PBF exige das famílias beneficiadas o cumprimento de uma série de condicionalidades. Em relação aos serviços de saúde, o programa determina que gestantes, nutrizes e crianças menores de sete anos sejam acompanhadas do ponto de vista nutricional, mantendo o esquema de vacinação atualizado. O não-cumprimento dessas condicionalidades implica desligamento das famílias beneficiárias do Programa, bem como outras medidas.

Nesse sentido, procuramos, ao longo deste trabalho de pesquisa junto ao Programa de Pós-Graduação do Curso em Serviço Social, aprofundar estudos com o objetivo de realmente conseguirmos reconhecer como se estabelece esta relação entre as famílias atendidas pelo programa e os efeitos que ele alcança no universo nutricional das crianças atendidas, através do direito estabelecido em lei. Para isso trazemos para a pauta da discussão as políticas públicas e a representação do Estado na execução destas mesmas políticas.

Neste mesmo fio de reflexão procuramos problematizar de que forma o PBF influencia no cotidiano de vida das famílias atendidas pelo programa na garantia de uma qualidade de vida saudável, e aqui particularmente a saúde das crianças. No decorrer deste estudo, procuramos desenvolver reflexões sobre os direitos humanos, direitos fundamentais dos sujeitos, bem como o direito à saúde e ao alimento.

Os resultados deste estudo revelaram a importância do PBF no auxílio às famílias assistidas pelo programa na compra de alimento. As suas escolhas alimentares não estão unicamente condicionadas por decisões baseadas numa racionalidade econômica ou em torno da saúde. Mas também por outros dilemas, como a ampla disponibilidade de produtos concentrados em energia e de baixo valor nutricional a preços mais baixos, sendo este um dos pontos mais importantes neste estudo, pois verificamos um número expressivo de crianças que estão fora das condições satisfatórias em relação ao seu estado nutricional, ou seja, fora de peso ideal para a idade. Outro elemento que se torna revelado neste estudo está marcado no papel que a mídia exerce em torno desses alimentos em relação ao público infantil, o reforço a determinadas demandas de consumo que decorrem desse processo e que não oferecem os condicionantes nutricionais para um desenvolvimento infantil saudável, como, por exemplo, alimentos baseados em carboidratos e açúcares. Os conflitos que se colocam para os pais diante das demandas dos filhos através destes hábitos alimentares inadequados e a falta de informação sobre uma alimentação mais saudável confirmaram um número significativo de crianças obesas no município. Todos esses aspectos devem ser considerados no âmbito das políticas públicas destinadas à promoção da alimentação saudável, ou seja, da segurança alimentar

O PBF tem por objetivo aliviar a pobreza de forma imediata, por meio de transferência de renda direta às famílias em situação de vulnerabilidade social; contribuir para a redução da pobreza entre gerações, por meio do acompanhamento das condicionalidades. Vimos que as condicionalidades, da forma como estão colocadas no PBF, apontam alguns avanços no sentido de cobrar a responsabilidade do Estado em garantir o acesso às políticas educacionais e de saúde à população mais empobrecida do país, mas, ao mesmo tempo, podendo se transformar, na

prática, numa nova forma de controle e tutela dos pobres. Vemos também a necessidade de um trabalho mais efetivo nesta rede de informações e de serviços oferecidos pelo programa no município de Gravataí. Nesta perspectiva, como pudemos constatar no decorrer da pesquisa, existem algumas dificuldades nesta rede, como:

A infra-estrutura da Secretaria para executar o PBF, pois o sistema de informação do município apresenta equipamentos que não comportam o programa e apresentam problemas técnicos e operacionais: baixa velocidade, quedas frequentes, quando do acesso ao SISVAN. Serão estes motivos que também contribuem para um número baixo de acompanhamentos registrados no sistema ou para a não inserção e atualização dos dados?

O número de profissionais envolvidos no registro dos dados e análise dos resultados obtidos no SISVAN está adequado? Os profissionais são orientados para inserir os dados e/ou recebem o retorno de suas dúvidas, possibilitando o cruzamento dos registros realizados?

Os registros do SISVAN são repassados para o CADÚNICO, com o objetivo de cruzar informações sobre os acompanhamentos da curva de crescimento das crianças da amostra do estudo de corte realizado nesta pesquisa, porém verificamos que no CADÚNICO fica registrado apenas a última informação repassada pelo SISVAN, não possibilitando ao sistema a verificação de uma evolução ou não do crescimento e desenvolvimento das crianças vinculadas ao programa. Conforme informação da Secretaria de Assistência Social do município de Gravataí, existem diversos problemas no Cadastro Único, dentre os quais destacamos: duplicidade de registros, ausência de mecanismos de verificação dos rendimentos declarados, não-existência de uma sistemática para a atualização e manutenção da base de dados e atraso no cadastramento provocado por diferentes situações, não sendo possível geração de relatórios que promovam o cruzamento dos dados a nível local e, principalmente, não há um retorno de informações quanto à situação das famílias cadastradas, ou seja, se foram incluídas ou não no PBF e as razões da não-inclusão.

Esses são alguns pontos contraditórios que dificultam obter-se uma



informação fidedigna sobre os usuários do PBF e sua evolução nutricional. Considerando que a saúde é uma das condicionalidades com o objetivo claramente elaborado, a revisão do sistema de informação do município, a inserção e atualização dos dados, o cruzamento de informações, o acompanhamento e monitoramento das famílias, suas mudanças, avanços e melhorias são fundamentais para a promoção da saúde alimentar/nutricional, na emancipação das famílias e na sinergia das ações sociais do Poder Público (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, Decreto nº 5.209 de 17/09/2004, art. 4º).

Observamos, através deste estudo, a limitação do sistema de informação, o SISVAN, no município de Gravataí. Foi verificada a dificuldade de registro no sistema do acompanhamento periódico de muitas crianças, pois na busca da pesquisa de crianças das famílias vinculadas ao PBF, foi visto que várias delas estavam registradas desde 2004 e não tinham a curva de crescimento periódica. Fica assim, a dúvida com relação aos motivos deste não-cumprimento da condicionalidade: Será que a família tinha informação desta condicionalidade do programa? Será que a família sabia desta condição e não cumpriu? Será que a família não está mais recebendo o benefício, por isso não há os registros?

Através da pesquisa, podemos constatar a necessidade de um maior esclarecimento aos usuários sobre o programa no município, sobre seus deveres no que tange às condicionalidades e seus direitos, como tempo de permanência no programa, valores a receber e variância com relação ao número de filhos.

Neste contexto, uma questão crucial está colocada para que o PBF realmente consiga atender a população de forma mais ampla: é a conhecida fragilidade dos serviços da rede pública para acompanhar o cumprimento das condicionalidades, como também esclarecer as dúvidas dos beneficiários sobre o programa, o que permite que se questione a capacidade dos municípios para realizarem tarefas que são de sua competência.

A partir desse estudo, consideramos importante ressaltar algumas questões:

1. A articulação entre os diferentes entes da federação, baseada na descentralização e na pactuação, proposta no desenho e verificada na

operacionalização do PBF, é um dos elementos promissores no sentido do estabelecimento de relações mais cooperativas, ampliando o alcance das ações no campo da assistência social;

2. O Programa Bolsa Família, ao promover o acesso a uma complementação de renda para uma grande parcela da população não assistida por salário digno, por estar à margem do mercado de trabalho, pode contribuir para uma ampliação da Proteção Social em nosso país. Contudo, se a política de transferência de renda não for articulada a outras intervenções estatais mais amplas, que interfiram nos aspectos estruturais da pobreza, dificilmente as famílias beneficiárias conseguirão alcançar uma situação de “emancipação sustentada”, conforme objetiva o Programa;
3. No que diz respeito ao valor do benefício, apesar do PBF, a renda monetária transferida às famílias beneficiárias, o valor permanece insuficiente para impactos mais significativos na situação de pobreza do país;
4. Os critérios de seleção para o ingresso no PBF, baseados em valores monetários fixos em reais e estabelecidos em um patamar abaixo de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, demonstram o quanto o PBF é restrito e excludente;
5. A proposta de articulação intersetorial colocada no desenho do PBF é um aspecto inovador e que incentiva o rompimento da fragmentação e competitividade tão presentes nas estruturas brasileiras de proteção social, estabelecendo uma vinculação mais efetiva da Assistência Social com políticas de caráter estrutural.

Sabemos que não é simples ou fácil adotar uma visão integrada e, especialmente, na implantação de ações coordenadas, entre diferentes programas estatais e, ou ainda, entre diferentes órgãos públicos, e das três esferas de governo. Mas é um desafio que precisa ser vencido com disposição política e, possivelmente, com a destinação de maiores aportes financeiros federais para estimular e direcionar a participação dos governos.

Mas hoje informamos com grande alegria que avanços foram alcançados, pois a proposta, citada no Capítulo 2 no item 2.1 desta pesquisa, encaminhada em 2007 pelo Deputado Federal, Sr. Nazareno Fonteles, de Emenda Constitucional (PEC) nº 64, que, além da alimentação, também incluiu a comunicação como direito social dos brasileiros, foi aprovada no dia 03/01/2010 em segundo turno, pelo plenário da Câmara dos Deputados, com 376 votos favoráveis, duas abstenções e nenhum contrário. E esta promulgação foi publicada no dia 05/01/2010 no Diário Oficial da União, garantindo a alimentação como um dos direitos sociais, fixados no artigo 6º da Constituição Federal do Brasil.

Na mesma direção, é importante destacar que, por melhor que seja o desenho das políticas sociais e por mais eficientes e eficazes que sejam seus mecanismos e práticas, ainda podem ser insuficientes para derrubar nossos indicadores de pobreza, de falta de alimento e desigualdade. O crescimento econômico sustentado e vigoroso, que seja intensivo na geração de postos de trabalhos, é o único caminho para que as pessoas possam romper com estes programas, não mais necessitando destes para a sua manutenção física.

A consolidação da democracia também abriu espaço para que as pessoas beneficiárias das políticas sociais possam participar mais ativamente e diretamente no processo decisório das políticas sociais através da participação nos espaços comunitários. Cabe ressaltar, todavia, que a análise de parte considerável dos resultados esperados não pôde ser desenvolvida aqui, dadas as limitações de tempo para contemplar a necessária maturação das diversas ações implicadas na estratégia.

Apenas um tempo maior de acompanhamento permitirá corroborar a hipótese de as famílias beneficiárias serem capazes de superar sua situação de pobreza, de carência de uma alimentação adequada e, assim, garantir, principalmente para suas crianças, melhores e mais justas oportunidades de saúde e uma inserção social plena.

O conhecimento aqui adquirido através da pesquisa deve ter utilidade, e a socialização dos resultados, ou seja, a devolução dos estudos realizados, é obrigação ética para o pesquisador e, portanto, um compromisso político para o

referencial que se deseja construir e contribuir com a transformação e a qualificação dos processos de trabalho das categorias profissionais envolvidas no PBF e outras. A socialização será feita com a construção do relatório, na apresentação nos Núcleos de Pesquisa da FSS, em seminários (dentro e fora da PUC), em possíveis publicações, encontros para devolução na Universidade e em instituições e órgãos que trabalham com as políticas públicas. Os resultados da pesquisa serão divulgados nas comunidades e Universidades, entidades que manifestarem interesse pelo tema. E principalmente contribuir para a organização do acompanhamento das famílias vinculadas ao PBF no município de Gravataí.

A publicização dos dados investigados, em debates públicos, em encontros da categoria do serviço social da saúde e em diferentes eventos científicos, oportuniza a socialização da pesquisa e amplia a discussão sobre o tema e a realidade das famílias beneficiadas pelo PBF para dentro da realidade social no termo mais amplo.

Por fim, os resultados deste estudo revelam a importância da integração do PBF com outros programas sociais que apontem para a promoção de direitos e que construam condições para a emancipação de um contingente da população brasileira bastante vulnerável e, com isso, repercutir no direito ao alimento e na segurança alimentar e nutricional de nossa população.

## REFERÊNCIAS

ANDI - Agência de Notícias dos Direitos da Infância. **Infância e consumo**: estudos no campo da comunicação. Brasília, DF: Instituto Alana, 2009.

BARBOSA, R. M. S.; SOARES, E. A.; LANZILLOTTI, H. S. Avaliação da ingestão de nutrientes de crianças de uma creche filantrópica: aplicação do Consumo Dietético de Referência. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2009.

BATISTA, B. F; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e Temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1), 2003. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/a\\_transicao\\_nutricional.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/a_transicao_nutricional.pdf)>. Acesso em 20 set. 2008.

BISCEGLI, T. S. et al . Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças freqüentadoras de creche. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010305822007000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822007000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul 2008.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Em defesa da segurança alimentar e nutricional**. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Publicações. Brasília, 2008.

BRASIL. CONSEA. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional** - Relatório Final. Fortaleza, 2007a, p 49-52.

BRASIL. **Lei nº. 10.683**, de 28 de maio de 2003. Brasília: Senado Federal, 2003.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional** - Lei 11.346 de 15 de setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/>>

losanfinal15092006.pdf>.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes e bases da educação nacional**. Lei nº 9.394, 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 04 jul. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Orientações para o acompanhamento das famílias beneficiárias do programa bolsa família no âmbito do sistema único de assistência social (SUAS)**. Versão Preliminar. Brasília, junho de 2006.

BRASIL. O Brasil e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Relatório da Sociedade Civil sobre o Cumprimento, pelo Brasil, do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Brasília, abril de 2000. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/Internet/comissao/index/perm/cdh/PidescRelatorioFinal.html>>. Acesso em: 03 dez. 2009.

CARABOLANTE, A. C.; FERRIANI, M. G. C. O crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 12 a 48 meses em creche na periferia da cidade de Ribeirão Preto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 5 n. 1 p. 28-34, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>.

CONSEA. **Diretrizes para uma política nacional de segurança alimentar: as dez prioridades**. Brasília: Consea, 2004.

COSTA, E. et al . Desnutrição recente, crônica e pregressa em quatro localidades do Estado de Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n.2, 1981. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101981000200006&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101981000200006&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2008.

CTENAS, M. L. B.; VITOLO, M. R. **Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança**. São Paulo: C2 Editora e Consultoria em Nutrição, 1999.

ESTRELLA, J.; RIBEIRO, L. M. Qualidade da gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família: uma discussão sobre o índice de gestão descentralizada. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122008000300009&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000300009&lng=&nrm=iso)>.

EUCLYDES, M. P. **Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2.ed. Viçosa - MG: UFV, 2000.

FAO. Food and Agriculture Organization. **Plan of action for nutrition**. International

Conference on Nutrition, 1996.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Políticas sociales y ciudadanía. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para o Desarrollo Social (INDES), 1999.

GALEAZZI, M. Estudo multicêntrico sobre o consumo alimentar. **Cadernos de debate**, vol. Especial, Nepa/Unicamp. Campinas; São Paulo, 1998.

HELLER, A. **La revolución de la vida cotidiana**. Barcelona, Espanha: Ediciones Península, 1982.

LAVINAS, M.; SENNA, M. C. M.; MAGALHÃES R.; BURLANDY L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família Giselle 1 2. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1453-1462, 2007.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARCONDES, E. **Pediatria básica: pediatria geral e neonatal**. 9.ed. São Paulo, Savier, 2003.

MARTINS, C. **Avaliação do estado nutricional e diagnóstico**. Curitiba: Editora Nutroclínica, 2008. 485 p.

MARTINS, José de Souza. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MASCARENHAS J. M. O. Avaliação da composição nutricional dos cardápios e custos da alimentação escolar da rede municipal de conceição do Jacuípe/BA. **Sitientibus**, Feira de Santana, n.35, p.75-90, jul./dez. 2006.

Ministério das Relações Exteriores – MRE. **Relatório Nacional Brasileiro**. Cúpula mundial da alimentação. Roma, 2002.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2009.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W.L. A tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2000. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000700008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 set 2009.

NACIF, M.; VIEBIG, R. F. **Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma revisão prática**. São Paulo: Editora Metha, 2007.

NOGUEIRA, R.P. Saúde da família, direitos e subsidiariedade. **Documento de Política**, n 7, Brasília, Ipea, 2004.

OLIVEIRA, J. Da L. **A vida cotidiana do idoso morador de rua: as estratégias de sobrevivência da infância a velhice – Um círculo da pobreza a ser vencido**. Canoas: Editora Ulbra, 2002.

PAES-SOUSA, R.; RAMALHO, W. M.; FORTALEZA, B. M. **Pobreza e desnutrição: uma análise do Programa Fome Zero sob uma perspectiva epidemiológica**. Saúde Soc., São Paulo, v. 12, n. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902003000100005&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000100005&lng=&nrm=iso)>.

PASTORINI, A. **A categoria “questão social” em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PELIANO, A. M. (coord.). “O mapa da fome: Subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar”. **Documento de Política**, n 14. Brasília, Ipea, 2003.

PINHEIRO, A. R. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista do CEBES - Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p.125-139, mai/ago.2005.

PNAS – **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília/DF, 2004.

POST, C. L. A.; VICTORA, C. r G.; BARROS, A. J. D. Entendendo a baixa prevalência de déficit de peso para estatura em crianças brasileiras de baixo nível sócio-econômico: correlação entre índices antropométricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 jul. 2008.

SANTOS, Andréia Mendes dos. Sociedade do consumo: **criança e propaganda, uma relação que dá peso**. Tese (Doutorado em Serviço Social), Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, 2007.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.5, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=&nrm=iso)>. Acesso em: 17/02/2009.

SENNA, M. C. M. et al. Programa bolsa família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira?. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v.10, n.1, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14149802007000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149802007000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2009.

SOUSA, M.F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008.



SPOSATI, A.; FALCÃO, M.C.; FLEURY, S.M.T. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

TIRAPÉGUI, J. **Nutrição**: fundamentos e aspectos atuais. São Paulo: Atheneu, 2002.

TRIVINÕS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1992.

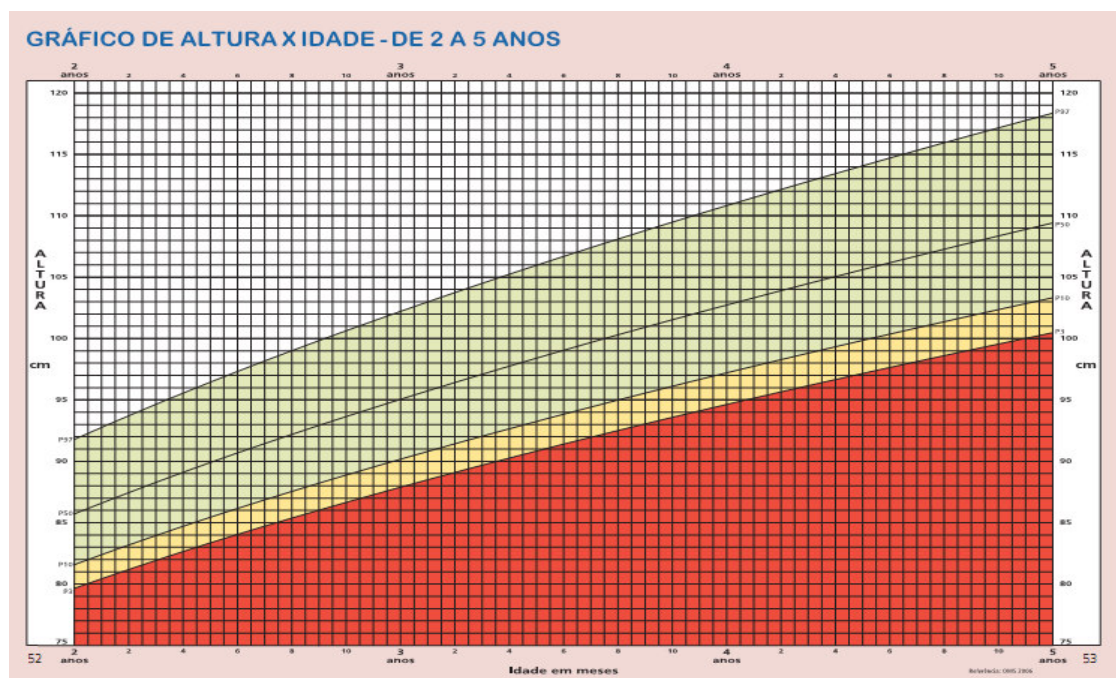
VALENTE, F. **Direito humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, 2002.

VALENTE, F. **O combate à Fome e a desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do Direito Humano à Alimentação**: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável. São Paulo: Instituto da Cidadania, 2001.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

## **ANEXOS**

**Anexo A: Os tipos de curvas de crescimento utilizados pela área da saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, diferenciados pelo faixa etária e pelo sexo, onde estas também são as mesmas curvas existentes no Cartão de Criança e no SISVAN.**

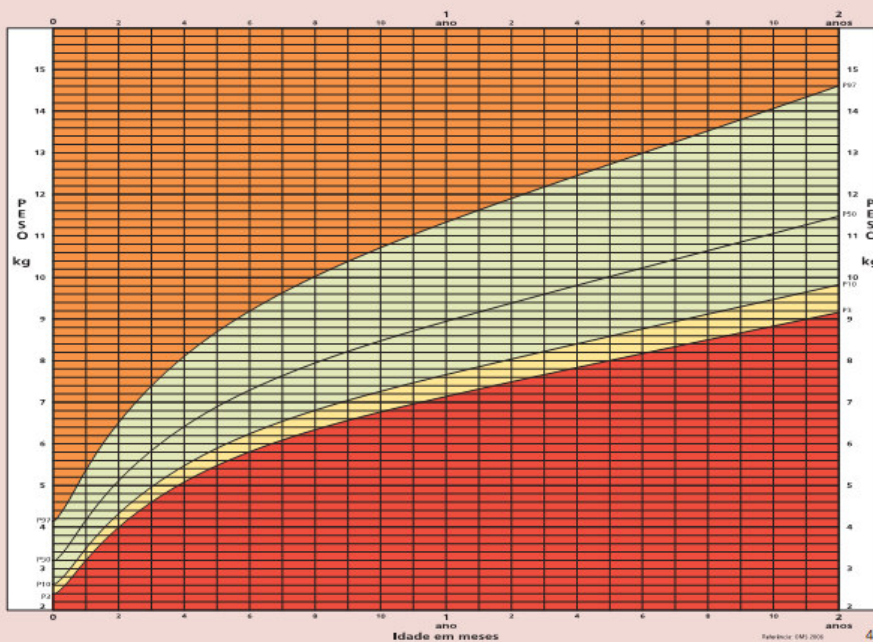
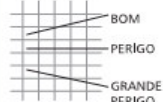


### GRÁFICO DE PESO X IDADE - DE 0 A 2 ANOS

ACOMPANHE  
TAMBÉM A SAÚDE  
DE SUA FILHA PELO  
GANHO DE PESO

- **Ótimo**  
Sua filha está com o peso ideal.
- **Atenção**  
Sua filha está um pouco abaixo do peso ideal.
- **Cuidado**  
Sua filha está com o peso acima do ideal.
- **Cuidado**  
Sua filha está com o peso muito abaixo do ideal.

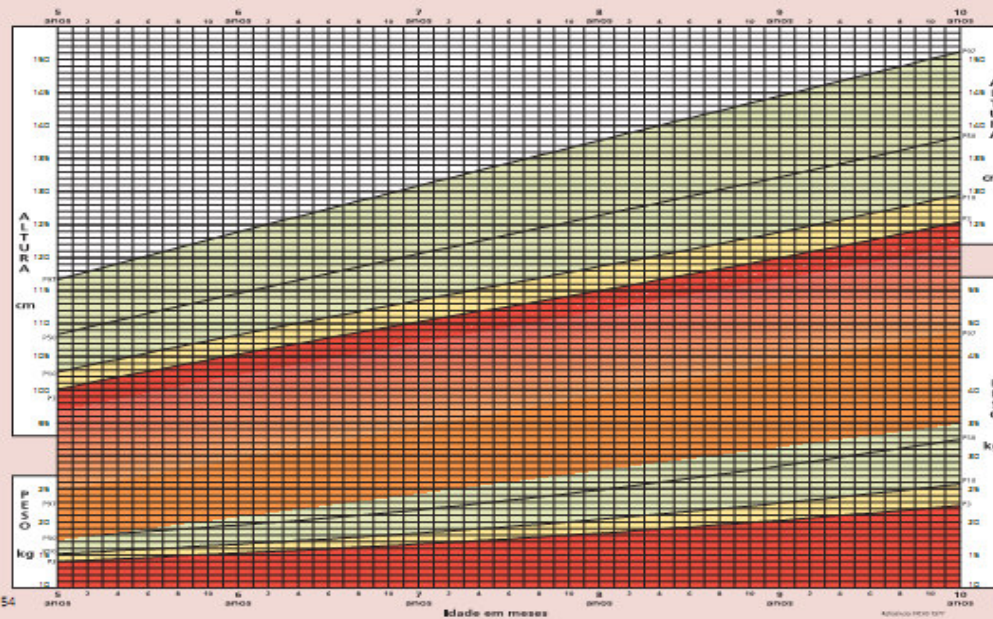
OBSERVE A LINHA DE SUA FILHA



46

47

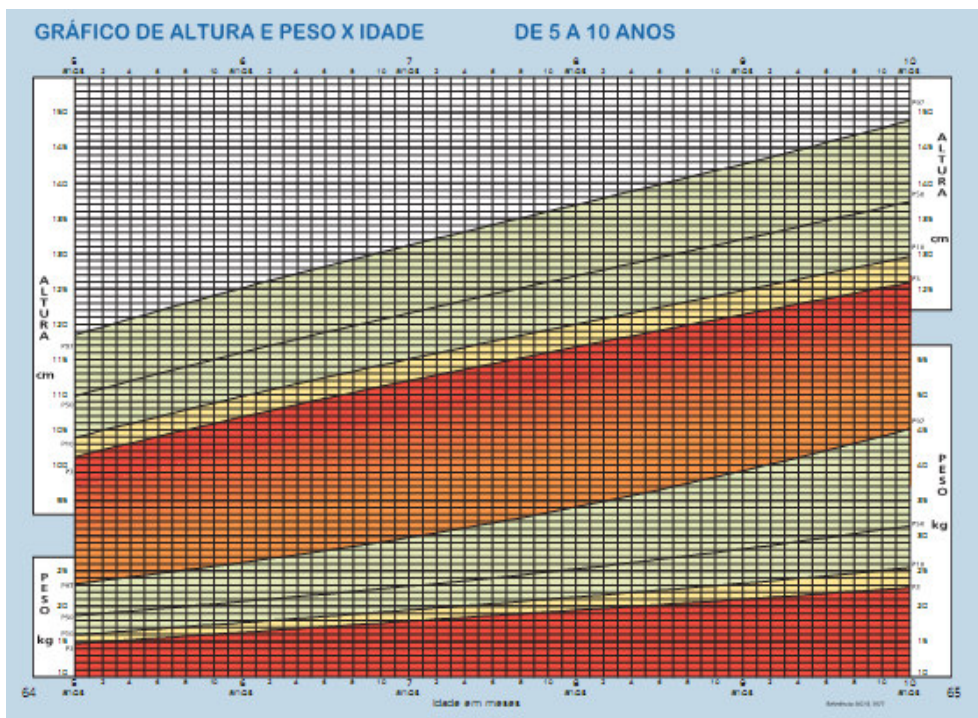
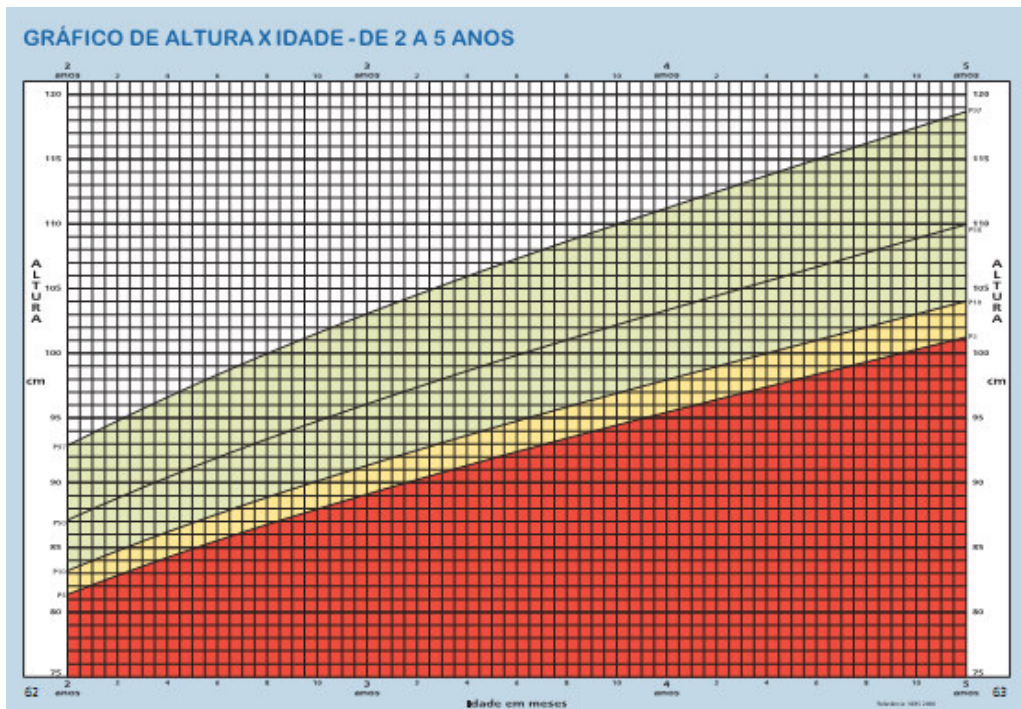
### GRÁFICO DE ALTURA E PESO X IDADE DE 5 A 10 ANOS



54

55





## APÊNDICES

## **1 - Formulário A:**

Analisar o ambiente familiar, seu cotidiano e seus hábitos alimentares das famílias beneficiárias do PFB no município de Gravataí.

### **Informações sobre a família e o orçamento**

Quem são os membros da família? O que fazem os membros da família? (quantos estudam, trabalham, adultos, jovens, crianças)

Características físicas dos membros da família: obesos, magros, abaixo do peso

Qual a frequência das consultas no posto de saúde das crianças? Quais os motivos das consultas ao posto de saúde?

### **Quanto à alimentação das crianças:**

As crianças foram amamentadas? Como é a alimentação das crianças? Tipo de alimento? Número de refeições? Lanches o que é oferecido para as crianças?

Quem acompanha as refeições das crianças?

Como escolhem os alimentos para comprar? Como armazenam os alimentos?

### **Utilização do benefício:**

Como utilizam o benefício PBF? O que adquirem? Quais as compras e pagamentos?

Quem e como organizam o orçamento doméstico?

Com os recebimentos dos primeiros pagamentos do PBF o que foi realizado?

Quais as mudanças na casa e na família identificadas após o recebimento do benefício?

**2 - Roteiro I para Observação sistemática:**

Analisar a organização do espaço doméstico das famílias beneficiárias pelo PBF no município de Gravataí/RS.

2. Estrutura física da casa: número de cômodos, banheiro, cozinha, quartos.
3. Estrutura sanitária: esgoto, água potável, luz elétrica.
4. Espaço doméstico: limpeza e organização do ambiente, móveis, eletrodomésticos, utensílios de cozinha.
5. Animais domésticos



### **3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

NEST: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho  
Projeto: DIREITO AO ALIMENTO: GARANTIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Título da Pesquisa: DIREITO AO ALIMENTO:

**GARANTIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA INFÂNCIA**

### **I. Justificativa**

Esta pesquisa pretende investigar como as políticas sociais oportunizadas pelo Governo Federal contribuem na melhoria de vida das famílias do Programa Bolsa Família, como também do perfil nutricional das crianças destas famílias. Procurar-se-á também relacionar vigilância nutricional, políticas sociais e qualidade de vida, visto que a questão alimentar é fundamental na saúde e bem-estar dos sujeitos, enfim na possibilidade de vida.

### **II. Procedimentos**

A coleta de dados será feita através de questionário com perguntas abertas e fechadas e observação sistemática com roteiro.

### **III. Desconfortos**

As informações não serão identificadas, a fim de impedir a socialização e exposição dos sujeitos da pesquisa. Não se identificando outros possíveis desconfortos nessa pesquisa: receio de exposição, receio de ser avaliada, da crítica, etc.

### **IV. Benefícios**

Entre os benefícios destaca-se a possibilidade de aprofundar conhecimentos e contribuir para o aprimoramento de questões que possibilitem a proteção social dos sujeitos envolvidos, com o devido respeito a sua especificidade individual.

### **V. Garantias**

Garantia de requerer esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida a cerca do estudo.

- Da liberdade de retirar do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que traga qualquer prejuízo.

- Da segurança de não ser identificado, e que se manterá em caráter confidencial as informações relacionadas à privacidade.
- Da garantia dos preceitos éticos e legais após o término do estudo.
- Do compromisso do acesso as informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados deste.
- De permitir anotações das falas, com garantia de anonimato.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do estudo e esclareci minhas dúvidas, sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. A Dr<sup>a</sup>. Maria Isabel Barros Bellini certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informado(a) de que não existem danos à minha integridade física e emocional provocados pela pesquisa.

Caso ocorram novas perguntas sobre este estudo posso chamar Dra. Maria Isabel Barros Bellini no telefone 3320.3546 ou o telefone do CEP/PUCRS 33203345, ou ainda posso contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone 051-33203345 – Dr. José Roberto Goldim.

A aplicação dos instrumentos está sendo realizada pela Mestranda Inês Terezinha Oliveira Jacques. Fones: 051.33158608, 96365626.

Declaro que recebi uma cópia do presente Termo de Consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) entrevistado(a)

Nome do(a) entrevistado(a) -

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(ra).

Nome do(a) pesquisador(ra).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Este formulário foi enviado para \_\_\_\_\_ em

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ pelo \_\_\_\_\_.