UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

GUSTAVO MARTINS DE ARRUDA

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, O ESTADO NUTRICIONAL E A ALIMENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS

JOÃO PESSOA/PB
2016

GUSTAVO MARTINS DE ARRUDA

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, O ESTADO NUTRICIONAL E A ALIMENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para a obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

JOÃO PESSOA/PB

2016

M386pMartins, Gustavo.

O Programa Bolsa Família, o estado nutricional e a alimentação das famílias beneficiárias/ Gustavo Martins. - - João Pessoa, 2016.
56f.: il.–
Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1.Alimentação. 2. Bolsa Família. 3. Saúde.

BS/CCS/UFPB CDU:613.2(043.2)

GUSTAVO MARTINS DE ARRUDA

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, O ESTADO NUTRICIONAL E A ALIMENTAÇÃO DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em ____/____/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – UFPB

(Orientador)

_____

Prof. Dr. Roberto Teixeira Lima– UFPB

(Avaliador)

_____

Prof. Msc. Ilka Maria Lima de Araújo – UFPB

(Avaliadora)

Aos meus pais, Maria Lindaura Martins de Oliveira Arruda e Eduardo Arruda Valente, que com amor, empenho e dedicação não mediram esforços para minha formação acadêmica.A minha tia Lourdes, que sempre torceu para alcançar os meus objetivos e pelo apoio financeiro dado para a minha Graduação.

Dedico!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por minha vida, por me guiar, permitindo-me a fazer as escolhas certas, fortalecendo-me nos momentos de dificuldades e de angústia , me abençoando na concretização de sonhos e por me dar sabedoria ao longo dessa trajetória. Sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, que sempre se esforçaram para oferecer o melhor na minha educação e dos meus irmãos.

Aos meus avós e família, por todo carinho e incentivo.

Ao professor, Rodrigo Vianna, por ter aceitado ser meu orientador e pela disponibilidade e auxílio sempre que necessário para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos de longa data, que se alegravam com cada conquista minha.

Aos amigos que construí ao longo do curso, nos quais compartilhamos os estudos para as provas e trabalhos, pelos momentos de alegrias e por cada incentivo dado nos momentos de incertezas.

À minha madrinha Macilene, por estar presente em todos os momentos importantes da minha vida.

A meus irmãos Murilo e Eduardo, por todo apoio dado durante a Graduação.

Aos professores, pela dedicação na transferência de conhecimentos e para aqueles que iam além da teoria dada em sala, meu muito obrigado.

À Universidade Federal da Paraíba e a todos os funcionários que fazem parte desta.

À Coordenação do Curso de Nutrição.

E a todos que contribuíram para o sucesso da conclusão de mais uma etapa de minha formação acadêmica.

Obrigado!

“O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos. Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos”.

Chico Xavier

RESUMO

O acesso regular e permanente a uma alimentação adequada é um direito de todos os seres humanos. Sendo esse direito indispensável para a sobrevivência, e fundamental para a realização de outros direitos humanos.O Programa Bolsa Família foi criado em 2003 objetivando combater a fome e a miséria em todo o país, promovendo um auxílio na renda das populações mais carentes. O presente trabalho tem como objetivorealizar uma revisão bibliográfica para investigar as evidências científicas sobre a influência do programa bolsa família na melhoria do estado nutricional e na alimentação das famílias beneficiárias. Será realizada uma busca de artigos científicos publicados nos últimos dez anos na Biblioteca Virtual de Saúde. A busca eletrônica na base de dados resultou na identificação inicial de 606 estudos. Ao realizar a triagem desses trabalhos, utilizando os critérios de inclusão, teve-se para o estudo um total de 34 artigos trabalhados. Vinte e um estudos (61,7%) foram caracterizados como estudos observacionais e treze (38,3%) como estudos de intervenção. No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, o acesso à alimentação em quantidade e qualidade adequadas, é considerado um direito humano básico. Estudos avaliaram como positivo o impactodos Programas de Transferência Condicionada de Renda sobre o estado nutricional das famíliasbeneficiárias. Entretanto, em conjunto com a transferência monetária é primordial que se ofereça outros programas de apoio para os beneficiários, a fim de que eles consigam se desvincular do programa de forma estruturada.

PALAVRAS-CHAVE:Alimentação, Bolsa Família, Saúde.

ABSTRACT

The regular and permanent access to adequate food is a right of all human beings. And this essential right to survival, and fundamental to the realization of other human rights. The Family Allowance Program was created in 2003 aiming to combat hunger and poverty across the country, providing aid in the income of the poorest populations. This study aims to conduct a literature review to investigate the scientific evidence on the influence of family allowance program in improving the nutritional status and power of the beneficiary families. a search of scientific articles published in the last ten years in the Virtual Health Library will be held. The electronic search in the database resulted in the initial identification of 606 studies. When performing the screening of these works, using the inclusion criteria, we had to study a total of 34 worked articles. Twenty-one studies (61.7%) were characterized as observational studies and thirteen (38.3%) and intervention studies. In the context of food and nutrition security, access to food in adequate quantity and quality, it is considered a basic human right. Studies assessed as positive the impact of the Conditional Transfer Programmes Income on the nutritional status of the beneficiary families. However, together with the monetary transfer is paramount that provide other support programs for beneficiaries, so that they get the break from the structured program.

KEYWORDS:Food, Family Allowance, Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012. 23

Tabela 2: Percentual* de adultos (≥18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura,** por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012. 25

Tabela 3: Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012 26

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Direito Humano e alimentação Adequada”. 30

Quadro 2: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Segurança Alimentar e Nutricional”. 31

Quadro 3: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Programas De Transferência Condicionada De Renda” 32

Quadro 4: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Programa Bolsa Família” 33

Quadro 5: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Consumo Alimentar da População Brasileira” 34

Quadro 6: Quantidade de artigos encontrados e selecionados de acordo com os descritores. 34

Quadro 7: Descrição dos trabalhos encontrados sobre o tema em questão. 45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 REFERENCIAL TEÓRICO 15
2.1 DIREITO HUMANO E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA 15
2.2 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL 16
2.3 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA 18
2.4 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA 19
2.5 SITUAÇÃO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA 20
2.6 CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA 22
3 MATERIAL E MÉTODOS 28
3.1 DESENHO DO ESTUDO 28
3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 28
3.3 PROCEDIMENTOS DE CLASSIFICAÇÃO 29
4 RESULTADOS 30
5 DISCUSSÃO 35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 38
REFERÊNCIAS 39
APÊNDICE A 44

1 INTRODUÇÃO

O acesso regular e permanente a uma alimentação adequada é um direito de todos os seres humanos. Sendo esse direito indispensável para a sobrevivência, e fundamental para a realização de outros direitos humanos.

Segundo Burity et al., (2010), o direito à alimentação adequada é um direito humano inerente a todas as pessoas de ter acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garanta uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva. Ou seja, o direito à alimentação adequada se realiza quando todo homem, mulher e criança, sozinho ou em comunidade com outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para sua obtenção.

Porém, nem todas as pessoas têm acesso a esse direito, pois estão longe de uma alimentação adequada de forma permanente.

No Brasil, essa dificuldade de acesso regular e permanente aos alimentos por um significativo contingente populacional, associada à renda insuficiente, determina um quadro de insegurança alimentar.

A avaliação de insegurança alimentar é utilizada tanto de maneira complementar aos indicadores antropométricos e socioeconômicos, no monitoramento da vulnerabilidade nutricional; quanto de maneira isolada no estudo de grupos populacionais.

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003 objetivando combater a fome e a miséria em todo o país, promovendo um auxílio na renda das populações mais carentes.

Esse programa de transferência direta de renda com condicionalidades, destina-se às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza e tem o intuito de promover a Segurança Alimentar e Nutricional dos seus integrantes e de reduzir as desigualdades sociais do país (MONTEIRO et al., 2014).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivorealizar uma revisão bibliográfica para investigar as evidências científicas sobre a influência do programa

bolsa família na melhoria do estado nutricional e na alimentação das famílias beneficiárias.

Esta proposta de pesquisa é relevante considerando que o Programa Bolsa Família é atualmente o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo e a principal estratégia do governo brasileiro para a erradicação da miséria no país, e a produção acadêmica é uma importante fonte de informação para avaliar este programa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1DIREITO HUMANO E ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Os Direitos Humanos foram colocados em pauta na agenda dos países após a 2ª Guerra Mundial a partir de denuncias de atrocidades cometidas sobre os prisioneiros de guerra. Como consequência, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou em 1948 a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Neste documento o direito à alimentação aparece como parte do direito mais amplo a um padrão de saúde e bem estar (SIQUEIRA et al., 2014).

Para Alves e Jaime (2014), os direitos à saúde e à alimentação são inalienáveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica, pois tratam de direitos humanos os quais todos possuem, única e exclusivamente, por terem nascido e serem humanos. No entanto, o reconhecimento desses direitos em normas, acordos, declarações e em outros instrumentos se torna importante para assegurar seu cumprimento pelo Estado e sua exigibilidade pelos seus titulares.

Os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização. Isso significa que todos os direitos são igualmente necessários para uma vida digna, que a satisfação de um não pode ser usada como justificativa para a não realização de outros (ALVES; JAIME, 2014).

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) é indispensável para a sobrevivência. As normas internacionais reconhecem o direito de todos à alimentação adequada e o direito fundamental de toda pessoa a estar livre da fome, como pré-requisitos para a realização de outros direitos humanos. Entretanto, o direito à alimentação adequada e o direito de estar livre da fome estão distantes da realidade de muitas pessoas em todo o mundo (BURITY et al., 2010).

Segundo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional(CONSEA), o DHAA tem duas dimensões: o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada. A realização destas duas dimensões é de crucial importância para a fruição de todos os direitos humanos. Os principais conceitos empregados na definição de Direito Humano à Alimentação Adequada são disponibilidade de alimentos, adequação, acessibilidade e estabilidade do acesso a alimentos produzidos e consumidos de forma soberana, sustentável, digna e emancipatória (BRASIL, 2013).

Apesar de todo aparato jurídico, a efetivação do DHAA encontra-se distante da realidade de muitas pessoas (SIQUEIRA et al., 2014).

2.2SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Alimentação diz respeito à ingestão de nutrientes, mas também aos alimentos que contêm e fornecem os nutrientes, a como alimentos são combinados entre si e preparados, a características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares. Todos esses aspectos influenciam a saúde e o bem-estar. A ingestão de nutrientes, propiciada pela alimentação, é essencial para a boa saúde. Igualmente importantes para a saúde são os alimentos específicos que fornecem os nutrientes, as inúmeras possíveis combinações entre eles e suas formas de preparo, as características do modo de comer e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares (BRASIL, 2014).

A ciência da nutrição surge com a identificação e o isolamento de nutrientes presentes nos alimentos e com os estudos do efeito de nutrientes individuais sobre a incidência de determinadas doenças. Esses estudos foram fundamentais para a formulação de políticas e ações destinadas a prevenir carências nutricionais específicas (como a de proteínas, vitaminas e minerais) e doenças cardiovasculares associadas ao consumo excessivo de sódio ou de gorduras de origem animal (BRASIL, 2014).

De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, a alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2014).

Desta forma, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) pode ser definida como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a

diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (CONSEA, 2010).

Para Ribeiro e Pilla (2014), as mudanças ocorridas no Ocidente na forma da sociedade se alimentar nas últimas décadas, têm priorizado a rapidez, economia e praticidade, em detrimento muitas vezes da qualidade, quantidade e do aspecto social, cultural e ético que o alimento representa.Gerando desumanização nas relações individuais e sociais e aumentando cada vez mais as desigualdades sociais. Nessa nova sociedade do trabalho, onde tempo é dinheiro, acentua-se a "irracionalidade" dos comportamentos alimentares, evidenciando-se uma grande relação entre a obesidade, novos rituais do ato de comer e o consumo de alimentos industrializados.

Ainda segundo os autores, associados a isso surgiram situações de insegurança alimentar, caracterizadas por diferentes tipos de problemas, como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação e consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde, bem como a produção predatória de alimentos em relação ao meio ambiente, preços abusivos e a imposição de padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural.

No Brasil, a dificuldade de acesso regular e permanente aos alimentos por um contingente significativo da população, associada à renda insuficiente, determina um quadro de insegurança alimentar (COTTA; MACHADO, 2013).

Para Monteiro et al., (2014), a avaliação de insegurança alimentar é frequentemente usada para o monitoramento da vulnerabilidade nutricional em caráter complementar aos indicadores antropométricos e socioeconômicos. Também pode ser utilizada de forma isolada para identificar grupos populacionais que convivem com a preocupação de disporem regularmente de alimentos. Tendo em vista que as condições socioeconômicas precárias podem ser determinantes da insegurança alimentar e dos problemas nutricionais populacionais decorrentes de uma alimentação insuficiente do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

Segundo documento do CONSEA, o contraste entra as doenças causadas pelos excessos alimentares e a fome resulta em situações de insegurança alimentar e nutricional. As vantagens nutricionais não estão relacionadas exclusivamente aos nutrientes; também estão relacionadas com a Segurança Alimentar e Nutricional. Esta contempla, além da aquisição regular e permanente do alimento, de qualidade e em quantidade suficiente, as bases práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem

a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis (RIBEIRO; PILLA, 2014).

Segundo Ribeiro e Pilla (2014), do lado da demanda, a Segurança Alimentar pressupõe a garantia de que todos os indivíduos saberão identificar e terão capacidade de adotar opções saudáveis de alimentação. Isso demanda, entre outros aspectos, níveis mínimos de renda (ou capacidade de autoconsumo) da população e acesso universal a conhecimentos básicos sobre a relação entre alimentação e saúde, composição nutricional dos alimentos e recomendações dietéticas.

2.3PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA

Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) compreendem um tipo de política pública que emerge, em meados dos anos 1990, em alguns países da América Latina como forma de alívio imediato à pobreza e rompimento de seu ciclo intergeracional. Ou seja, tais políticas transferem alguma quantidade de renda a famílias pobres, com a condição de que estas realizem determinados investimentos em seu capital humano, isto é, que cumpram algumas obrigações previamente estipuladas nas áreas de saúde e/ou educação, frequentemente vinculadas às crianças e jovens (NAZARENO; VASCONCELOS, 2015).

Segundo Nazareno e Vasconcelos (2015), embora tenham surgido de maneira pontual, nos últimos quinze anos houve um elevado espalhamento desse tipo de política pelo mundo, tendo sido adotadas inicialmente por países em desenvolvimento e, posteriormente, por países desenvolvidos. Tamanho sucesso deve-se, parcialmente, às evidências sólidas de impactos positivos na acumulação de capital humano, provenientes de estudos de alguns acadêmicos e instituições internacionais que, de início, apontaram para a boa focalização dos programas, eficiência na melhora do capital humano, potencial de redução da desigualdade e baixo custo. Concomitantemente à emergência das políticas de transferência condicionada de renda, surge também uma preocupação com a avaliação e mensuração dos resultados de tais políticas, que até então não se verificava na maior parte dos países latino-americanos.

Para Oliveira (2015), os objetivos principais dos PTCR são: promover a diminuição dos níveis de pobreza e de indigência e romper a transmissão intergeracional da pobreza, através do fomento à acumulação de capital humano. Para realizar tais

objetivos, esses programas têm como elementos característicos a focalização nas famílias pobres e extremamente pobres, a concessão de prestações em dinheiro e a exigência de condicionalidades.

Para Nazareno e Vasconcelos (2015), com esses programas, busca-se combater a pobreza no presente, a partir da transferência monetária, e no futuro, pela melhora das condições de saúde e educação dos mais jovens, que no longo prazo deverão estar em melhor situação relativamente a seus familiares hoje.

2.4 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Como forma de combater a fome e a miséria do país, o governo federal brasileiro criou, em 2003, o Programa Bolsa Família (PBF) que atua por meio de três eixos principais: a transferência condicionada de renda (TCR), que promove o alívio imediato da pobreza; as condicionalidades, que reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social; e os programas complementares, que objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade (MONTEIRO et al., 2014).

O Programa Bolsa Família é um programa, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza (COUTINHO; MORENO, 2015).

Esse Programa teve inicialmente o intuito de centralizar os inúmeros programas de distribuição de renda existentes. Desse modo, o Bolsa Família é fruto da unificação dos programas de transferência de renda do governo federal, ou seja, Bolsa Alimentação (Ministério da Saúde), Auxílio Gás (Ministério das Minas e Energias), Bolsa Escola (Ministério da Educação) e o Cartão Alimentação (Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome). O objetivo dessa união foi a redução dos gastos administrativos, a partir de uma gestão coordenada e integrada intersetorialmente. Sob o ponto de vista dos direitos humanos, essa unificação foi um avanço, pois a centralização em um único programa evita a fragmentação e permite maior clareza em relação aos órgãos públicos responsáveis pela implementação. Em outros termos, com essa centralização há uma maior facilidade em definir a qual órgão uma pessoa deve recorrer em caso de solicitação do Programa, medida esta

imprescindível para facilitar o acesso dos grupos sociais mais vulneráveis (ZIMMERMANN, 2006).

A revisão cadastral do Bolsa Família evidenciou que em 2014 foram atendidas mais de 14 milhões de famílias em todo território nacional, número muito superior ao atingido desde sua criação em 2003, quando o número de famílias beneficiadas era de 3,6 milhões. Cabe salientar que em 2014, 436,2 mil beneficiários informaram um aumento de renda, sendo que, desse total, 238,5 mil famílias superaram o valor mensal de R$ 154 por pessoa, e, portanto, deixaram o programa o que evidencia sua importância para redução da pobreza no país (COUTINHO; MORENO, 2015).

O Bolsa Família foi responsável por 12% da queda da desigualdade medida pelo índice de Gini nos últimos anos. Tal resultado está associado ao aumento expressivo de sua cobertura desde 2003 e ao seu grau de focalização, tratando-se de uma renda bastante concentrada nos mais pobres, sendo um mecanismo de redistribuição de renda para as regiões mais vulneráveis do País (CONSEA, 2010).

Ainda segundo o CONSEA (2010), a relevância do PBF para promoção de melhorias na questão da segurança alimentar e nutricional foi evidenciada por meio de uma pesquisa publicada em 2008, a qual apontou que as famílias declararam gastar a maior parte dos recursos provenientes do Programa com alimentação (87%), chegando a 91% na Região Nordeste. As famílias disseram consumir mais açúcar, arroz, cereais, leite, alimentos industrializados, carnes, feijão, óleo, frutas, raízes e, em menor quantidade, verduras e legumes. Como também é observado na população em geral, o aumento da renda nem sempre vem acompanhado de opções alimentares mais saudáveis.

Os desafios do Bolsa Família vão na direção de sua consolidação legal sob a perspectiva do direito, necessidade de ajuste dos valores dos benefícios (em relação aos demais benefícios da seguridade social), para que possam assegurar a renda básica e expandir seus efeitos sobre a pobreza, além do constante aperfeiçoamento dos mecanismos para identificação das famílias mais vulneráveis, garantindo a universalidade do Programa na população de mais baixa renda (CONSEA, 2010).

2.5 SITUAÇÃO NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Muitas mudanças ocorreram, também, no padrão alimentar e de atividade física da população, o que se reflete em mudanças na composição corporal e estatura dos

indivíduos. Sociedades modernas têm suas dietas próprias substituídas por dietas ricas em açúcar, sódio, gordura e pobres em fibras. Tais modificações se refletem não só no aumento de peso, mas também em uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, relacionadas à obesidade (BRASIL, 2009).

O Brasil é um dos 25 países que conseguiram reduzir pela metade ou até mais o número de pessoas desnutridas nas últimas duas décadas, segundo o relatório global sobre insegurança alimentar da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO). O Brasil tinha 3,4 milhões de pessoas que não comem o suficiente diariamente, o que corresponde a 1,7% da população no período de 2012-2014, afirma a FAO. Segundo a organização, no período 1990-1992, 14,8% dos brasileiros passavam fome, o equivalente a 22,5 milhões de pessoas na época(FAO, 2014).

No país, tem sido detectada a progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência expressiva de sobrepeso e obesidade, principalmente, em crianças e adolescentes, apresentando como causas às mudanças no estilo de vida e de hábitos alimentares (AIRES et al., 2009).

O percentual de pessoas com excesso de peso superou, pela primeira vez, mais da metade da população brasileira. A pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, do Ministério da Saúde, mostra que 51% da população acima de 18 anos está acima do peso ideal. Em 2006, o índice era de 43% (BRASIL, 2012).

O aumento atinge tanto a população masculina quanto a feminina. Entre os homens, o excesso de peso atinge 54% e entre as mulheres, 48%.O estudo inédito também revela que a obesidade cresceu no País, atingindo o percentual de 17% da população. Em 2006, quando os dados começaram a ser coletados pelo Ministério, o índice era de 11% (BRASIL, 2012).

Para observar a transição alimentar e nutricional, é importante que se conheçam outros dois processos que ocorrem anteriormente e/ou simultaneamente a ela. O primeiro é a transição demográfica, identificado por alterações nas características demográficas da população. Durante este processo, ocorre o envelhecimento da população, gerada por uma redução nos coeficientes de fecundidade e mortalidade, aliada a um aumento na expectativa de vida devido a melhorias nas condições de vida na população. Esse aumento na expectativa de vida e redução da fecundidade gera alterações drásticas na composição etária da população. Entre os anos de 1980 e 2000, houve redução da proporção de menores de 15 anos na população de 38,2% para 29,6%.

Por outro lado, a população idosa (com mais de 65 anos) aumentou de 6,1% para 8,6% no mesmo período (BRASIL, 2009).

Outro processo concomitante é o da transição epidemiológica, caracterizada por uma redução das prevalências de doenças infectocontagiosas associadas à desnutrição, fome, falta de saneamento básico e pobreza; com o aumento das prevalências de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), associado a um padrão de vida mais urbano e industrializado; e o Brasil passa por esse processo. Analisando-se os dados disponíveis sobre a mortalidade no Brasil observa-se redução das Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), com aumento concomitante das DCNT, como doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes. Atualmente as maiores taxas mortalidades no Brasil são devido a doenças cardiovasculares (BRASIL, 2009).

2.6 CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Apesar de a obesidade estar relacionada a fatores genéticos, há importante influência significativa do sedentarismo e de padrões de consumo alimentares inadequados no aumento dos índices brasileiros. Forte aliado na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, o consumo de frutas e hortaliças está sendo deixado de lado por uma boa parte dos brasileiros (BRASIL, 2012).

Apenas 22,7% da população ingerem a porção diária recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), de cinco ou mais porções ao dia. As maiores frequências (Tabela 1) foram encontradas, entre homens, em Florianópolis/SC com (39,3%), Porto Alegre/RS com (35,6%) e Recife/PE com (34,4%) e, entre mulheres, em Florianópolis/SC com (52,1%), Belo Horizonte/MG com (51,1%) e Curitiba/PR com (50,9%). As menores frequências do consumo regular de frutas e hortaliças no sexo masculino ocorreram em Macapá/AP com (17,4%), Boa Vista/RR com (20,5%), Rio Branco/AC e Porto Velho/RO com (20,6%) e, no sexo feminino, em São Luís/MA com (26,3%), Manaus/AM com (26,9%) e Belém/PA com (27,5%) (BRASIL, 2012).

Ou seja, destaca-se pela maior ingestão de cinco ou mais porções diárias de frutas e hortaliças Florianópolis/SC com (52,1%) e pela menor ingestão Macapá/AP com (17,4%). Entre os gêneros destaca-se com a maior ingestão para o sexo masculino em Florianópolis/SC com (39,3%) e para o sexo feminino em Florianópolis/SC com

(52,1%). Os menores consumos por gênero foram observados para o sexo masculino em Macapá/AP com (17,4%) e para o sexo feminino em São Luís/MA com (26,3%).

Tabela 1: Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012.

Capitais/DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	33,4	30,7 - 36,1	25,2	21,3 - 29,1	40,1	36,6 - 43,7
Belém	24,7	22,1 - 27,3	21,4	17,3 - 25,5	27,5	24,3 - 30,7
Belo Horizonte	42,9	40,2 - 45,5	33,1	29,1 - 37,1	51,1	47,7 - 54,6
Boa Vista	26,2	23,5 - 28,9	20,5	16,7 - 24,2	31,7	28,0 - 35,4
Campo Grande	35,2	32,4 - 37,9	25,1	21,2 - 29,0	44,3	40,6 - 48,1
Cuiabá	34,5	31,7 - 37,4	30,3	25,9 - 34,7	38,5	34,9 - 42,1
Curitiba	42,7	40,0 - 45,5	33,3	29,2 - 37,5	50,9	47,3 - 54,6
Florianópolis	46,0	43,0 - 49,1	39,3	34,7 - 43,9	52,1	48,3 - 56,0
Fortaleza	27,9	25,2 - 30,6	24,2	20,1 - 28,3	31,0	27,4 - 34,5
Goiânia	38,8	36,1 - 41,4	30,2	26,2 - 34,2	46,3	42,8 - 49,7
João Pessoa	39,1	35,9 - 42,3	33,6	28,4 - 38,8	43,7	39,8 - 47,6
Macapá	23,4	20,6 - 26,3	17,4	13,6 - 21,3	29,1	25,0 - 33,1
Maceió	31,6	28,5 - 34,6	26,3	21,6 - 31,0	35,9	32,0 - 39,8
Manaus	25,8	22,8 - 28,9	24,7	19,5 - 29,8	26,9	23,4 - 30,4
Natal	36,5	33,6 - 39,3	33,3	28,7 - 37,9	39,1	35,6 - 42,7
Palmas	33,5	30,5 - 36,4	26,1	22,0 - 30,1	40,5	36,5 - 44,5
Porto Alegre	42,0	39,1 - 44,9	35,6	31,0 - 40,2	47,2	43,6 - 50,9
Porto Velho	25,9	23,4 - 28,5	20,6	16,9 - 24,2	31,5	28,0 - 35,0
Recife	35,8	32,9 - 38,7	34,4	29,6 - 39,2	36,9	33,3 - 40,5
Rio Branco	26,7	23,9 - 29,5	20,6	16,7 - 24,4	32,3	28,5 - 36,1
Rio de Janeiro	32,5	29,9 - 35,1	23,9	20,3 - 27,6	39,7	36,1 - 43,2
Salvador	27,3	24,8 - 29,7	21,9	18,2 - 25,5	31,8	28,5 - 35,0
São Luís	24,0	21,5 - 26,4	21,2	17,5 - 24,8	26,3	23,0 - 29,5
São Paulo	35,0	32,5 - 37,6	25,9	22,1 - 29,7	42,9	39,4 - 46,3
Teresina	27,1	24,4 - 29,9	21,4	17,4 - 25,5	31,8	28,2 - 35,5
Vitória	41,2	38,4 - 44,0	33,6	29,4 - 37,9	47,6	43,9 - 51,2
Distrito Federal	40,0	37,3 - 42,7	31,3	27,3 - 35,3	47,6	44,0 - 51,2

Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012
IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Outro indicador que preocupa é o consumo excessivo de gordura saturada: 31,5% da população não dispensam a carne gordurosa e mais da metade (53,8%) consome leite integral regularmente. A frequência de adultos que referiram o consumo de carnes com excesso de gordura (Tabela 2) variou entre 23,5% em Salvador/BA e 45,3% em Campo Grande/MT. As maiores frequências do consumo de carnes com gordura entre homens foram observadas em Campo Grande/MT (57,9%), Boa Vista/RR (53,4%) e Cuiabá/MS (52,3%) e as menores em Salvador/BA (33,2%), Manaus/AM e Teresina/PI (34,4%) e Natal/RN (37,1%). Entre mulheres, as maiores frequências ocorreram em Campo Grand/MT (33,9%), Cuiabá/MS (31,6%) e Goiânia/GO (29,7%) e as menores em Salvador/BA (15,4%), Belém/PA (17,9%) e Manaus/AM (18,1%) (BRASIL,2012)

Tabela 2: Percentual* de adultos (≥18 anos) que costumam consumir carnes com excesso de gordura,** por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012.

Capitais/DF	Total			Sexo					
				Masculino			Feminino		
	%	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
Aracaju	28,2	25,3	31,1	38,6	33,6	43,7	19,7	16,6	22,7
Belém	28,6	25,7	31,6	41,3	36,2	46,4	17,9	14,9	20,8
Belo Horizonte	38,2	35,5	40,9	48,7	44,4	53,1	29,4	26,1	32,6
Boa Vista	40,2	36,9	43,6	53,4	48,3	58,5	27,6	23,8	31,3
Campo Grande	45,3	42,3	48,3	57,9	53,3	62,4	33,9	30,2	37,6
Cuiabá	41,6	38,5	44,6	52,3	47,5	57,1	31,6	28,0	35,2
Curitiba	32,5	29,7	35,2	40,4	36,0	44,7	25,6	22,3	28,9
Florianópolis	28,7	25,8	31,6	39,7	34,9	44,4	18,8	15,6	21,9
Fortaleza	31,4	28,4	34,3	40,6	35,7	45,5	23,7	20,2	27,1
Goiânia	38,6	35,9	41,3	48,7	44,4	53,1	29,7	26,5	33,0
João Pessoa	27,2	24,1	30,3	37,5	31,9	43,0	18,7	15,4	22,0
Macapá	35,2	31,7	38,7	47,7	42,3	53,2	23,5	19,5	27,4
Maceió	33,5	30,1	36,9	42,5	36,8	48,2	26,2	22,3	30,0
Manaus	25,9	22,8	29,1	34,4	29,0	39,7	18,1	14,6	21,6
Natal	26,9	23,9	29,8	37,1	32,1	42,2	18,2	15,2	21,3
Palmas	39,9	36,6	43,2	51,8	46,7	56,9	28,7	24,9	32,5
Porto Alegre	33,9	30,9	36,8	41,9	37,1	46,8	27,2	23,7	30,8
Porto Velho	34,3	31,1	37,5	40,9	35,9	45,9	27,4	23,7	31,1
Recife	30,5	27,5	33,4	43,7	38,8	48,7	19,8	16,7	22,9
Rio Branco	34,8	31,4	38,2	47,2	41,6	52,8	23,6	19,9	27,3
Rio de Janeiro	28,8	26,0	31,7	38,4	33,6	43,2	20,8	17,7	23,8
Salvador	23,5	20,7	26,2	33,2	28,4	38,0	15,4	12,7	18,1
São Luís	31,9	28,9	34,9	43,6	38,5	48,7	22,3	19,0	25,6
São Paulo	32,2	29,5	34,9	45,0	40,6	49,4	21,2	18,3	24,1
Teresina	28,4	25,4	31,4	34,4	29,4	39,5	23,4	19,8	26,9
Vitória	32,7	29,9	35,5	45,2	40,6	49,8	22,1	18,9	25,3
Distrito Federal	32,3	29,5	35,0	41,2	36,8	45,6	24,5	21,1	27,8

Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012
**Adultos que consomem carne vermelha com gordura ou frango com pele sem remover a gordura visível do alimento.
IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Os refrigerantes também têm consumidores fieis - 26% dos brasileiros tomam esse tipo de bebida ao menos cinco vezes por semana. A frequência (Tabela 3) de adultos que referiram o consumo regular de refrigerantes variou entre 12,0% em Natal/RN e 35,2% em Porto Alegre/RS (BRASIL, 2012).

Tabela 3: Percentual* de adultos (≥18 anos) que consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal. BRASIL, 2012

Capitais/DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Aracaju	16,0	13,5 - 18,4	21,7	17,3 - 26,1	11,3	8,8 - 13,7
Belém	19,7	16,9 - 22,5	25,2	20,4 - 30,0	15,1	12,1 - 18,1
Belo Horizonte	27,3	24,8 - 29,8	28,5	24,5 - 32,5	26,4	23,2 - 29,5
Boa Vista	24,9	22,0 - 27,8	27,0	22,4 - 31,6	22,9	19,2 - 26,6
Campo Grande	27,2	24,5 - 30,0	34,1	29,6 - 38,6	21,0	17,7 - 24,3
Cuiabá	31,7	28,7 - 34,8	38,2	33,4 - 43,0	25,8	22,1 - 29,4
Curitiba	30,8	28,1 - 33,5	36,1	31,8 - 40,4	26,2	22,9 - 29,5
Florianópolis	25,2	22,4 - 28,0	31,1	26,5 - 35,7	19,8	16,6 - 23,0
Fortaleza	19,7	17,1 - 22,3	22,0	17,6 - 26,4	17,7	14,6 - 20,8
Goiânia	28,0	25,4 - 30,5	31,6	27,6 - 35,7	24,8	21,6 - 27,9
João Pessoa	14,7	12,1 - 17,3	18,5	13,8 - 23,2	11,6	9,0 - 14,3
Macapá	30,0	26,5 - 33,5	35,9	30,3 - 41,5	24,5	20,5 - 28,5
Maceió	18,2	15,4 - 20,9	22,1	17,4 - 26,9	14,9	11,7 - 18,1
Manaus	25,6	22,4 - 28,9	27,3	22,1 - 32,5	24,1	20,1 - 28,0
Natal	12,0	9,6 - 14,4	17,6	13,0 - 22,2	7,3	5,2 - 9,3
Palmas	28,4	25,2 - 31,5	34,5	29,4 - 39,6	22,6	18,9 - 26,2
Porto Alegre	35,2	32,3 - 38,2	40,4	35,5 - 45,3	31,0	27,5 - 34,6
Porto Velho	30,6	27,5 - 33,7	34,4	29,5 - 39,3	26,5	22,8 - 30,3
Recife	18,3	15,8 - 20,8	22,8	18,5 - 27,1	14,7	11,9 - 17,5
Rio Branco	29,0	25,7 - 32,3	32,6	27,3 - 37,9	25,7	21,6 - 29,8
Rio de Janeiro	28,8	26,1 - 31,6	32,4	27,9 - 36,9	25,9	22,5 - 29,2
Salvador	17,5	14,9 - 20,0	19,7	15,1 - 24,2	15,6	12,9 - 18,4
São Luís	20,5	17,8 - 23,2	22,7	18,2 - 27,3	18,6	15,4 - 21,8
São Paulo	31,1	28,4 - 33,7	36,1	31,9 - 40,4	26,7	23,5 - 29,9
Teresina	19,0	16,1 - 21,8	21,2	16,3 - 26,2	17,1	13,9 - 20,3
Vitória	19,5	17,1 - 22,0	21,7	17,8 - 25,6	17,7	14,7 - 20,7
Distrito Federal	22,2	19,7 - 24,7	22,8	18,9 - 26,8	21,6	18,5 - 24,8

Fonte: Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2012
IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

As maiores frequências dessa condição foram encontradas, entre homens, em Porto Alegre/RS (40,4%), Cuiabá/MS (38,2%) e São Paulo/SP (36,1%) e, entre mulheres, em Porto Alegre/RS (31,0%), São Paulo/SP (26,7%) e Porto Velho/RO (26,5%). As menores frequências do consumo regular de refrigerantes ocorreram, no sexo masculino, em Natal/RN (17,6%), João Pessoa/PB (18,5%) e Salvador/BA (19,7%) e, no sexo feminino, em Natal/RN (7,3%), Aracaju/SE (11,3%) e João Pessoa/PB (11,6%) (BRASIL, 2012).

O estudo BRASIL (2012), mostra ainda que o envelhecimento da população reflete positivamente na alimentação do brasileiro. Se entre os 18 e 24 anos mais da metade dos homens brasileiros come carne com gordura regularmente (48%), este índice cai para 27% entre aqueles que já passaram dos 65 anos. O fenômeno se repete com o consumo de refrigerante. Entre os jovens com idade entre 18 e 24 anos, 36 % declararam tomar regularmente a bebida. Aos 65 anos, o percentual cai para menos de um terço, ficando em 12%.

Em contrapartida, há aumento de consumo de frutas e hortaliças nas faixas etárias superiores. Entre os 18 e 24 anos, 17% comem cinco porções/dia e 24% cinco porções semanais. Aos 65 anos, os percentuais aumentam para 28% e 46%, respectivamente (BRASIL, 2012).

3MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o Programa Bolsa Família e o estado nutricional e alimentação das famílias beneficiárias. Sobre uma busca de artigos científicos publicados nos últimos dez anos na Biblioteca Virtual de Saúde (http://bvsalud.org/) que contempla as bases de dados da MEDLINE, LILACS, WHOLIS, REPIDISCA, LIS, MEDCARIB, IBECS, PAHO, SES-SP, COLECIONA-SUS, entre outras.

Serão utilizadas as seguintes palavras chave:

“direito humano e alimentação adequada”

“segurança alimentar e nutricional”

“programas de transferência condicionada de renda”

“programa bolsa família”

“situação nutricional da população brasileira”

“consumo alimentar da população brasileira”

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas somente os trabalhos escritos em português, referentes a estudos desenvolvidos sobre o Brasil. Os estudos foram classificados de acordo com sua abordagem: teóricos, de revisão, estudos observacionais e estudos de intervenção.

Utilizou-se como critério de definição para estudos observacionais como sendo trabalhos que pretendem avaliar se existe associação entre um determinado fator e um desfecho sem, entretanto, intervir diretamente na relação analisada.E para estudos de intervenção seguiu-se a definição de estudos longitudinais controlados em que os fatores para um efeito estudado são impostos ou quantificados pelo pesquisador, tendo uma intervenção.

Os artigos que atenderem aos critérios acima serão confirmados pela leitura dos respectivos resumos para serem incluídos.

3.3PROCEDIMENTOS DE CLASSIFICAÇÃO

Os dados coletados foram registrados em planilha no aplicativo Excel (APÊNDICE A), estruturado da seguinte forma: ano de publicação, autores, título do artigo, amostra utilizada, resultados principais e conclusões.

4 RESULTADOS

A busca eletrônica na base de dados resultou na identificação inicial de 627 estudos. Ao realizar a triagem desses trabalhos, utilizando os critérios de inclusão, têm-se para o estudo um total de 34 artigos trabalhados, sendo a maior parte deles, nove artigos, ou seja, 26% publicados em 2012 e sete (20,6%) dos artigos publicados em 2013.

Verifica-se que vinte e um estudos (61,7%) caracterizados como observacionais e treze (38,3%) como de intervenção.

Ao realizar a busca utilizando a palavra chave "Direito Humano e Alimentação Adequada" foram encontrados 23 estudos relacionados. Destes, utilizando os critérios da pesquisa, apenas 1 foi contabilizado; sendo este estudo de abordagem de intervenção. Como observa-se no quadro abaixo:

Quadro 1: Estudos encontrados utilizando a palavra chave "Direito Humano e alimentação Adequada".

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
2012	Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada	Ciência & Saúde Coletiva.

FONTE: bvs.org, 2016.

Utilizando-se como palavra chave "Segurança Alimentar e Nutricional" a Biblioteca Virtual de Saúde encontrou 362 documentos relacionados, dos quais apenas 12 foram utilizados no estudo por estarem inseridos nos critérios de inclusão, dispostos no quadro 2. Sendo do total, seis estudos de abordagem de intervenção e seis de abordagem de observação.

Quadro 2: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Segurança Alimentar e Nutricional”.

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
2015	Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba	Rev. Bras. Epidemiol.
2014	Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011	Cad. Saúde Pública
2013	Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil	Rev. Nutr.
2013	Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura	Rev. Panam. Salud. Publica.
2013	Atuação profissional no âmbito da segurança alimentar e nutricional na perspectiva de coordenadores de cursos de graduação em Nutrição	Interface: Comunicação, Saúde, Educação.
2012	Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos, Brasil	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.
2012	Representações sobre Segurança Alimentar e Nutricional nos Discursos de um Conselho de Alimentação Escolar	Saúde Soc.
2012	Significados e Apropriações da Noção de Segurança Alimentar e Nutricional pelo Segmento da Sociedade Civil do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	Saúde Soc.
2010	A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios	Ciência & Saúde Coletiva.
2008	Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais	Rev. Nutr.
2008	Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil	Rev. Nutr.
2007	Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar	Cad. Saúde Pública

FONTE: bvs.org, 2016.

Ao realizar a busca utilizando a palavra chave “Programas De Transferência Condicionada De Renda” foram encontrados 17 documentos relacionados. Deste total, utilizando os critérios da pesquisa, apenas 2 foram contabilizados; sendo os dois estudos de abordagem observação. Como observa-se no quadro abaixo:

Quadro 3: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Programas De Transferência Condicionada De Renda”

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
2015	O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países	Saúde Soc.
2013	Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática	Rev. Saúde Pública

FONTE: bvs.org, 2016.

Utilizando-se como palavra chave “Programa Bolsa Família” a Biblioteca Virtual de Saúde encontrou 126 documentos relacionados, dos quais apenas 12 foram utilizados no estudo por estarem inseridos nos critérios de inclusão, dispostos no quadro4. Sendo do total, quatro estudos de abordagem de intervenção e oito de abordagem de observação.

Quadro 4: Estudos encontrados utilizando a palavra chave “Programa Bolsa Família”

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
2015	Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família	Rev. Adm. Pública
2014	A Implementação do Programa Bolsa Família no Nível Local: A Experiência do Município de Divinópolis/MG	Pesquisas e Práticas Psicossociais
2014	Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde	Saúde Soc.
2014	Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos	Ciência & Saúde Coletiva.
2013	Programa Bolsa-Família: qualidade da dieta de população adulta do município de Curitiba, PR	Rev. Bras. Epidemiol.
2013	Programa Bolsa Família como estratégia de combate à pobreza em Dissertações e Teses no Brasil	Estudos e Pesquisas em Psicologia
2012	Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família	Ciência & Saúde Coletiva.
2012	Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família	Ciência & Saúde Coletiva.
2012	Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, em 2008	Epidemiol. Serv. Saúde
2011	Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos	Ciência & Saúde Coletiva.
2011	Significado das Condicionalidades do Programa Bolsa Família para Beneficiários Acompanhados numa Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB	Revista Brasileira de Ciências da Saúde
2009	Determinantes da Gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais	Saúde Soc.

FONTE: bvs.org, 2016.

Por fim, utilizando-se como palavra chave “Consumo Alimentar da População Brasileira” a Biblioteca Virtual de Saúde encontrou 77 documentos relacionados, dos quais apenas 7 foram utilizados no estudo por estarem inseridos nos critérios de inclusão, dispostos no quadro 5. Sendo do total, dois estudos de abordagem de intervenção e cinco de abordagem de observação.

Quadro 5: Estudos encontrados utilizando a palavra chave "Consumo Alimentar da População Brasileira"

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
2015	Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática	Ciência & Saúde Coletiva.
2015	Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013	Epidemiol. Serv. Saúde
2013	Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009	Rev. Saúde Pública.
2013	Análise da composição nutricional da Cesta Básica brasileira	Ciência & Saúde Coletiva.
2012	Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009	Rev. Saúde Pública.
2012	Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009	Ciência & Saúde Coletiva.
2009	Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003	Rev. Saúde Pública.

FONTE: bvs.org, 2016.

De maneira resumida, têm-se o quadro abaixo que distribui em números a quantidade de artigos encontrados para o estudo, e a quantidade de artigos selecionados mediante os critérios de inclusão da pesquisa; de acordo com os descritores da busca.

Quadro 6: Quantidade de artigos encontrados e selecionados de acordo com os descritores.

Palavras-chave	Artigos encontrados	Artigos selecionados
Direito Humano e Alimentação Adequada	23	1
Segurança Alimentar e Nutricional	362	12
Programas de Transferência Condicionada de Renda	17	2
Programa Bolsa Família	126	12
Situação Nutricional da População Brasileira	22	0
Consumo Alimentar da População Brasileira	77	7
TOTAL	**627**	**34**

5 DISCUSSÃO

Com relação ao Direito Humano à Alimentação Adequada, Ramos eCuervo (2012) afirmam que este deve ser garantido através de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional. Tal pensamento é reforçado por Albuquerque (2009), que afirma que para a efetivação dos direitos, seria necessária a inclusão das questões sociais, econômicas, civis e políticas, as quais foram essenciais para a identificação destas, enquanto direitos vinculados às liberdades fundamentais e à dignidade humana.

No contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, o acesso à alimentação em quantidade e qualidade adequadas, garantido por meios socialmente aceitáveis e de forma permanente, é considerado um direito humano básico (SEGALL-CORRÊA, et al., 2008; PANELLI-MARTINS, SANTOS, ASSIS, 2008; ROSA et al., 2012; GALLINA et al., 2012) . Os estudos de Costa; Bógus (2012); Santos et al., (2007); Cabral et al., (2014); e Pedraza; Gama (2015) afirmam que a insegurança alimentar e a fome constituem uma dimensão da pobreza e da desigualdade social.

Para Pedraza; Queiroz; Menezes (2013), os estudos sobre segurança alimentar devem considerar nas suas análises grupos populacionais vulneráveis que, por sua condição biológica, são mais suscetíveis à ingestão deficitária de alimentos. Devendo, segundo Vieira; Utikava; Cervato-Mancuso (2013), a atuação do nutricionista estar em consonânciacom as atuais políticas públicas e com as diretrizes que norteiam a formação deste profissional.

Para Cotta e Machado (2013), a garantia de segurança alimentar e nutricional exige programas quecontemplem tanto o combate à desnutrição quanto ao sobrepeso e à obesidade. Programasde distribuição de renda, como o Programa Bolsa Família, podem contribuir mais efetivamente para o bem-estarnutricional dos beneficiários quando combinados com outros tipos de intervenções, como açõesde promoção de alimentação saudável.

Com relação aos Programas de Transferência Condicionada de Renda, Martins et al., (2013), constataram que a maior parte dos estudos obteve evidências deplausibilidade e avaliaram como positivo o impactodos PTCR sobre o estado nutricional das famíliasbeneficiárias, principalmente das crianças. Quantoaos demais desfechos, as poucas avaliações existentesindicam haver associação entre pertencer ao

PTCR e oaumento do consumo de diferentes grupos de alimentose da segurança alimentar e nutricional dos beneficiários.

Segundo Roque e Ferreira (2015), os benefícios são positivos enquanto estratégia genérica de proteção social. Entretanto, em conjunto com a transferência monetária é primordial que se ofereça outros programas de apoio para os beneficiários, a fim de que eles consigam se desvincular do programa de forma estruturada, como acontece no Chile e no México.

No contexto do Programa Bolsa Família, o PBF é considerado uma importanteestratégia de enfrentamento dos problemasrelacionados à fome e à pobreza. No entanto, a transferência de renda por si sónão é suficiente para a superação da pobreza e dasdesigualdades. Faz-se necessário integrar atransferência de renda a estratégias mais amplas,articulando desenvolvimento econômico edesenvolvimento social, contemplando a pobrezaem seu caráter multidimensional (DIAS; PASSOS, 2014; MONTEIRO; FERREIRA; TEIXEIRA, 2009; OLIVEITA et al., 2011).

O estudo de Monteiro et al., (2014), observou que a prevalência de insegurança alimentar entre os integrantes do PBF é abrangente (81,6%). As famílias apresentam baixa renda *per capita*, dívidas relativas à alimentação, baixa escolaridade e precárias condições de acesso aos serviços essenciais básicos, que, por sua vez, refletem-se na qualidade de vida.

Viabilizar o acesso aos serviços desaúde, educação, capacitação profissional, geraçãode emprego e renda, saneamento, água potável habitação é essencial para combater a inseguraçãoalimentar e as desigualdades socioeconômicas,com o intuito de romper futuramenteo círculo de dependência do beneficiário em relaçãoao governo (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014, PEIXOTO et al., 2011, ARAÚJO et al., 2015). As estratégias de médio e longo prazos necessitam ser aprofundadas, como àquelas referentes ao fortalecimento do direito de acesso das famílias pobres aos serviços de educação e saúde, além daquelas que promovem a integração entre o Bolsa Família e as outras políticas públicas (FREITE et al., 2013).

O Programa Bolsa Família tem obtido êxito em seus propósitos, porém há que se cuidar da população beneficiária (SANTOS; MAGALHÃES, 2012; TREVISANI; JAIME, 2012), a fim de fomentar melhores escolhas alimentares que podem ser determinantes para saúde (LIMA et al.; 2013, UCHIMURA et al., 2012).

No que diz respeito ao Consumo Alimentar da População Brasileira, o estudo de Souza et al., (2013) caracterizou o consumo alimentar mais frequente da populaçãoBrasileira e encontrou que os alimentos mais referidos pelapopulação brasileira foram arroz (84,0%), café (79,0%), feijão (72,8%), pãode sal (63,0%) e carne bovina (48,7%).Destacando-se também o consumode sucos e refrescos (39,8%), refrigerantes (23,0%) e menor presença defrutas (16,0%) e hortaliças (16,0%). Observou ainda que os adolescentes foi o único grupo etário que deixou decitar qualquer hortaliça e que incluiu doces, bebida láctea e biscoitos docesentre os itens mais consumidos.Este estudo é reforçado por Moreira et al., (2015), Claro et al., (2015), Levy et al., (2012) e Velasquez-Melendez et al., (2012).

Este últimoanalisou a tendência da frequência doconsumo do feijão nos anos de 2006 a 2009 nascapitais brasileiras.Onde concluíram que houve redução significativa da frequênciado consumo do feijão pela população brasileira, sugerindo a adoção de políticas de monitoramento eincentivo do consumo em função dosbenefícios apresentados por esta leguminosa.

Passos; Bernardi; Mendes (2014) afirmam que a Cesta Básica reflete em grande parte o consumo alimentar dos indivíduos, porém, diante da prevalência de obesidade da população brasileira, seria necessárias algumas modificações nesta base alimentar para que esta fique adequada em macronutrientes e micronutrientes.

O estudo de Sarno et al., (2009) avaliou a quantidade diária de sódio disponível para consumo nos domicílios brasileiros. Observaram que o consumo foi de 4,5g por pessoa, excedendo assim, em mais de duas vezes o limite recomendado de ingestão desse nutriente. Os resultados indicaram que o consumo de sódio no Brasil excede largamente a recomendação máxima para esse nutriente em todas as macrorregiões brasileiras e em todas as classes de renda.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PBF é considerado uma importante estratégia de enfrentamento dos problemas relacionados à fome e à pobreza. No entanto, a transferência de renda por si só não é suficiente para a superação da pobreza e das desigualdades.

Estudos avaliaram como positivo o impacto dos Programas de Transferência Condicionada de Renda sobre o estado nutricional das famílias beneficiárias. Entretanto, em conjunto com a transferência monetária é primordial que se ofereça outros programas de apoio para os beneficiários, a fim de que eles consigam se desvincular do programa de forma estruturada.

Favorecer o acesso aos serviços de saúde, educação, capacitação profissional, geração de emprego e renda, saneamento, água potável e habitação é essencial para combater a insegurança alimentar e as desigualdades socioeconômicas, com o intuito de romper futuramente o círculo de dependência do beneficiário.

Estudos demonstram que o consumo alimentar da população que recebe benefícios do governo tem aumentado em termos quantitativos, porém não em termos qualitativos; o que leva a outro problema, o surgimento cada vez maior de crianças e adultos obesos. Indicando que ações de educação alimentar são fundamentais.

REFERÊNCIAS

AIRES, A. P.; BOTEGA, A. O. PEDRON, F.; PINTO, G.; RAMOS, N.; PEREIRA, P.; SACCOL, A. L. F. Perfil Nutricional de Alunos em Escola Pública. **Ciência da Saúde**, Santa Maria, v.10, n.1, p.77-86, 2009.

ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP: Puccamp, v. 22, n. 6,p.895-903, 2009.

ALVES, K. P.S.; JAIME, P. C. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**. 19(11), p.4331-4340, 2014.

ARAÚJO, F. R.; ARAÚJO, M. A. D.; SOUZA, F. J. V.; SANTOS, D. F.; SANTANA, M. B. Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro 49(2):367-393, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 142 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Direito Humano à Alimentação Adequada. Presidência da República. 2013.
Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acesso-a-informacao/institucional/conceitos/direito-humano-a-alimentacao-adequada> Acesso: 01/08/2016.

BRASIL. VIGITEL Brasil. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 136 p.

BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; VALENTE, F.; RECINE, E.; LEÃO, M.; CARVALHO, M. F. Direito Humano a Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Abrandh. Brasília, 2010, 204 p.

CABRAL, C. S.; LOPES, A. G.; LOPES, J. M.; VIANNA, R. P. T. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(2): 393-402, 2014.

CARVALHO, A. T.; ALMEIDA, E. R.; JAIME, P. C. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, 2014.

CLARO,R. M.; SANTOS, M. A. S.; OLIVEIRA, T. P.; PEREIRA, C. A.; SZWARCWALD, C. L.; MALTA, D. C. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.**Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(2): 257-265, 2015.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil. Indicadores e Monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília, 284p., 2010.

COSTA, C. A.; BÓGUS, C. M. Significados e Apropriações da Noção de Segurança Alimentar e Nutricional pelo segmento da sociedade civil do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.103-114, 2012.

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica de literatura. **Rev. Panam. Salud Publica**, 33(1), p.54-60, 2013.

COUTINHO, D.; MORENO, A. S. Programas de Transferência de Renda: Accountability e Controle Social na América Latina e Caribe. Congresso Internacional de Administração. Ponta Grossa/PR, p.1-12, 2015.

DIAS, R.M. S. B.; PASSOS, I. C. F. A Implementação do Programa Bolsa Família no Nível Local: A Experiência do Município de Divinópolis/MG. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.**SãoJoão Del-Rei, 9(2), 156-172, 2014.

FAO. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. O Estado da Insegurança Alimentar no Mundo. Fortalecimento de um ambiente favorável para a segurança alimentar e nutrição. Roma, 2014.

FREIRE, V. R. B. P.; SILVA, S. S. C.; CAVALCANTE, L. I. C.; PONTES, F. A. R. Programa Bolsa Família como estratégia de combate à pobreza em Dissertações e Teses no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro. V. 13, n. 3, p. 990-1009, 2013.

GALLINA, L. S.;TEO, C. R. P.A.; MUNARO, P. S.;OLIVEIRA, V. S. H.Representações sobre Segurança Alimentar e Nutricional nos Discursos de um Conselho de Alimentação Escolar. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.1, p.89-102, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2005.

LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; MONDINI, L.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C. A. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasilem 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**. 46(1):6-15, 2012.

LIMA, F. E. L.; FISBERG, R. M.; UCHIMURA, K. Y.; PICHETH, T. Programa Bolsa-Família: qualidade da dieta de população adulta do município de Curitiba, PR. **Rev. Bras. Epidemiol**. 16(1): 58-67, 2013.

MARTINS, A. P. B.; CANELLA, D. S.; BARALDI, L. G.; MONTEIRO, C. A. Transferência de renda noBrasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**. 47(6):1159-71, 2013.

MONTEIRO, D. A. A.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Determinantes da Gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.214-226, 2009.

MONTEIRO, F.; SCHMIDT, S. T.; COSTA, I. B.; ALMEIDA, C. C. B.; MATUDA, N. DA S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos.**Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1347-1357, 2014.

MOREIRA, P. R. S.; ROCHA, N. P.; MILAGRES, L. C.; NOVAES, J. F. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(12):3907-3923, 2015.

NAZARENO, L. A.; VASCONCELOS, A. M. N. Transferências Condicionadas de renda: Origens, fundamentos e tendências recentes na África Subsaariana. **BEPI Boletim de Economia e Política Internacional**, n.19, p.75-86, 2015.

OLIVEIRA, F. C. C.; COTTA, R. M. M.; SANT'ANA, L. F. R.; PRIORI, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. Cien. Saúde Colet. 16(7), p.3307-16, 2011.

OLIVEIRA, E. C. Os Programas de Transferência Condicionada de Renda e a Proteção Social: os casos do Brasil, Argentina e Chile.**Argumentum**, v.7, n.2, p.128-14, 2015.

OMS. Organização Mundial de Saúde. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Diet, nutrition and the preventionchronic diseases. Geneva: WHO, 2003.

PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C.; ASSIS, A. M. O. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil.**Rev. Nutr.**, Campinas, 21(Suplemento):65s-81s, 2008.

PASSOS, K. E.; BERNARDI, J. R.; MENDES, K. G. Análise da composição nutricional da Cesta Básica brasileira.**Ciência & Saúde Coletiva**, 19(5):1623-1630, 2014.

PEDRAZA, D. F.; GAMA, J. S. F. A. Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Epidemiol.**; 18(4): 906-917, 2015.

PEDRAZA, D. F.; QUEIROZ, D.; MENEZES, T. N. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, 26(5):517-527, 2013.

PEIXOTO, J. B. S.; SILVA, V. C.; PAIVA, A. A.; GAMA, J. S. F. A. Significado das Condicionalidades do Programa Bolsa Família para Beneficiários Acompanhados numa Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB. **Rev. Bras. Ci. Saúde.**15(2):129-136, 2011.

PRADO, S. D.; GUGELMIN, S. A.; MATTOS, R. A.; SILVA, J. K.; OLIVARES, P. S. G. A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios. **Cien. Saude Colet**. 15(1); 7-18, 2010.

RAMOS, C. I.; CUERVO, M. R. M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8): 2159-2168, 2012.

RIBEIRO, C. S. G.; PILLA, M. C. B. A. Segurança alimentar e nutricional: interfaces e diminuição de desigualdades sociais. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**. 9(1), p.41-52, 2014.

ROSA, T. E. C.; MONDINI, L.; GUBERT, M. B.; SATO, G. S.; BENÍCIO, M. H. D. Segurança Alimentar em domicílios chefiados por idosos, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 15(1):69-77, 2012.

ROQUE, D. M.; FERREIRA, M. A. M. O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países.**Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.4, p.1193-1207, 2015.

SANTOS, L. M. P.; SANTOS, S. M. C.; SANTANA, L. A. A.; HENRIQUE, F. C. S.; MAZZA, R. P. D.; SANTOS, L. A. S.; et al. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-221. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2681-2693, 2007.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(5):1215-1224, 2012.

SARNO, F.; CLARO, R. M.; LEVY, R. B.; BANDONI, D. H.; FERREIRA, S. R. G.; MONTEIRO, C. A. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. **Rev. Saúde Pública**. 43(2): 219-25, 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L.; HELITO, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SANTOS, L. M. P.; PAES-SOUSA, R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Rev. Nutr.**, Campinas, 21(Suplemento):39s-51s, 2008.

SIQUEIRA, R. L.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, R. C. L.; SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. Análise da incorporação da perspectiva do Direito Humano à Alimentação

Adequada no desenho institucional do Programa Nacional de Alimentação Escolar.**Ciência e Saúde Coletiva**. 19(1), p.301-310, 2014.

SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; YOKOO, E. M.; LEVY, R. B.; SICHIERI, R. Alimentos mais consumidos noBrasil: Inquérito Nacional deAlimentação 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**. 47(1 Supl): p.190S-9S, 2013.

TREVISANI, J. J. D.; JAIME, P. C. Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, em 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(3):375-384, 2012.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M.; LIMA, F. E. L.; DOBRYKOPF, V. F. Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):687-694, 2012.

VELASQUEZ-MELENDEZ, G.; MENDES, L. L.; PESSOA, M. C.; SARDINHA, L. M. V.; YOKOTA, R. T. C.; BERNAL, R. T. I. et al. Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(12):3363-3370, 2012.

VIEIRA, V. L.; UTIKAVA, N.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Atuação profissional no âmbito da segurança alimentar e nutricional na perspectiva de coordenadores de cursos de graduação em Nutrição. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. V.17, n.44, p.157-70, 2013.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do bolsa família do governo Lula no Brasil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, n.4, ano 3, p.144-159, 2006.

APÊNDICE A

Quadro 7: Descrição dos trabalhos encontrados sobre o tema em questão.

ANO	AUTORES	TÍTULO	AMOSTRA	RESULTADOS PRINCIPAIS	CONCLUSÕES
2015	Dixis Figueroa Pedraza, Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama	Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba	793 famílias com crianças assistidas em creches públicas municipais	A insegurança alimentar leve foi caracterizada em 37,6% das famílias e a insegurança alimentar moderada/grave atingiu 31,6% dos domicílios. Com relação às variáveis socioeconômicas domiciliares, nenhuma delas apresentou associação com a insegurança alimentar leve.	Os resultados mostram taxas elevadas de insegurança alimentar cujos graus mais graves relacionam-se a fatores dependentes do poder aquisitivo das famílias, indicando um grande desafio para as mesmas.
2015	Daiane Medeiros Roque, Marco Aurélio Marques Ferreira	O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países	50 trabalhos científicos	Indiferentemente do país ou programa de transferência considerado, a manutenção das crianças na escola e o cuidado com a saúde infantil são condições centrais de inclusão e manutenção da família no sistema de transferência.	É necessário que os países façam investimentos nos sistemas de saúde pública e educação, para garantir a acessibilidade de todos os beneficiários a serviços de qualidade e, ainda, promovam esforços para o aumento de ofertas de emprego.
2015	Fábio Resende de Araújo, Maria Arlete Duarte de	Uma avaliação do Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família	1.705 municípios	Constata-se de modo geral que fragilidades da rede de serviços reincidentes	O maior número de famílias beneficiárias do PBF leva a um decréscimo dos seus indicadores

	Araújo, Fabia Jaiany Viana de Souza, Diego Fiel Santos, Murilo Barreto Santana			nessas localidades têm implicações diretas no desempenho das atividades do Programa.	de monitoramento, o que aponta para as fragilidades de gestão nos municípios e coloca um enorme desafio para a articulação do PBF com outras ações importantes como a saúde e a educação.
2015	Patrícia Regina Silva Moreira, Naruna Pereira Rocha, Luana Cupertino Milagres, Juliana Farias de Novaes	Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática	32 artigos	Baixo consumo de frutas, vegetais e/ ou leite e derivados e maior consumo dos grupos de carnes e ovos, colesterol, gordura total e gordura saturada.	O Índice de Alimentação Saudável pode ser utilizado para monitorar mudanças no padrão alimentar, bem como ferramenta de educação nutricional e promoção da saúde.
2015	Rafael Moreira Claro, Maria Aline Siqueira Santos, Tais Porto Oliveira, Cimar Azeredo Pereira, Célia Landmann Szwarcwald, Deborah Carvalho Malta	Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013	60.202 entrevistados	Prevalência de consumo de carne com excesso de gordura foi de 37,2%, de leite integral, 60,6%, de consumo regular de refrigerantes, 23,4%, e de consumo regular de doces, 21,7%; esses fatores foram mais frequentes em homens, jovens e pessoas com menor nível de instrução.	População brasileira apresentou alta prevalência de consumo de alimentos não saudáveis considerados fatores de risco para DCNT.
2014	Dias, Rosângela De Sousa Botelho; Passos, Izabel C. Friche.	A Implementação do Programa Bolsa Família no Nível Local: A Experiência do Município	08 profissionais	Os profissionais entrevistados apontaram alguns aspectos positivos da gestão do programa,	A prática da intersetorialidade ainda é pouco institucionalizada, havendo necessidade de regulamentação

		de Divinópolis/MG		como investimento em capacitação em sua fase inicial; adequações do espaço físico, de que é exemplo o aumento no número de equipamentos de informática. No entanto, alguns desafios persistem e foram igualmente apontados	que oriente e ofereça respaldo aos setores no estabelecimento de ações articuladas.
2014	Caroline Sousa Cabral, Amanda Gonçalves Lopes, Johnnatas Mikael Lopes, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna	Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011	Em 2005 foram avaliados 609 domicílios e em 2011 foram encontradas e entrevistadas 406 famílias.	O programa impacta positivamente no aumento da renda, propiciando melhorias dos níveis de segurança alimentar/ insegurança alimentar leve. Percebeu-se que outras variáveis socioeconômicas podem estar contribuindo na melhoria deste perfil.	No combate à insegurança alimentar e nutricional, são necessárias outras políticas e programas que ajam nos demais determinantes.
2014	Alice Teles de Carvalho, Erika Rodrigues de Almeida, Patrícia Constante Jaime	Condicionalidades em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde	53 profissionais	Os profissionais acreditam que o programa ocasionou mudanças favoráveis na vida das famílias participantes, como a redução da pobreza, o aumento da frequência escolar das crianças e mudanças positivas na	É importante que as condicionalidades de saúde proporcionem oportunidades para a realização de ações que visem ao empoderamento e autonomia dos sujeitos quanto ao autocuidado e desenvolvimento da cidadania.

				relação entre as famílias participantes e os serviços de saúde.	
2014	Flávia Monteiro, Suely Teresinha Schmidt, Islandia Bezerra da Costa, Claudia Choma Bettega Almeida, Nívea da Silva Matuda	Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos	442 famílias	A prevalência de insegurança alimentar foi de 81,6%. O excesso de peso e o déficit estatural entre as crianças coexistiram. A insegurança alimentar apresentou-se associada ao índice estatura para idade entre crianças menores de dois anos.	A renda familiar per capita e as dívidas alimentares influenciaram significativamente a situação de insegurança alimentar familiar.
2014	Kelly Estarla dos Passos, Juliana Rombaldi Bernardi, Karina Giane Mendes	Análise da composição nutricional da Cesta Básica brasileira	Treze itens alimentares	Foram encontrados valores adequados para carboidratos, proteínas, ferro, zinco, fósforo. Valor energético total e lipídeos estavam acima do recomendado, enquanto Cálcio e Vitamina A estavam abaixo.	Cesta Básica reflete em grande parte o consumo alimentar dos indivíduos, porém, diante da prevalência de obesidade da população brasileira, seriam necessárias algumas modificações nesta base alimentar
2013	Dixis Figueroa Pedraza, Daiane De Queiroz, Tarciana Nobre De Menezes	Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil	365 indivíduos	A insegurança alimentar foi caracterizada em 62,0% das famílias, predominando as condições de insegurança leve (33,4%).	A renda familiar *per capita* foi o indicador que melhor discriminou a insegurança alimentar, o que sugere o comprometimento do acesso à alimentação e a importância da transferência de renda

					focalizada.
2013	Rosângela Minardi Mitre Cotta, Juliana Costa Machado	Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura	10 estudos	Cinco concluíram que o PBF teve um impacto positivo na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiárias. Entretanto, três estudos constataram um aumento do consumo de alimentos de maior densidade calórica e baixo valor nutritivo.	A garantia de segurança alimentar e nutricional exige programas que contemplem tanto o combate à desnutrição quanto ao sobrepeso e à obesidade. Programas de distribuição de renda, como o PBF, podem contribuir mais efetivamente para o bem-estar nutricional dos beneficiários quando combinados com outros tipos de intervenções.
2013	Viviane Laudelino Vieira, Natália Utikava, Ana Maria Cervato-Mancuso	Atuação profissional no âmbito da segurança alimentar e nutricional na perspectiva de coordenadores de cursos de graduação em Nutrição	22 coordenadores	Como facilitadoras, verificaram-se as ideias centrais "existência de políticas e programas públicos" e "formação adequada"; como barreiras, a "insuficiência ou não-aplicação dessas políticas", "pouca possibilidade de atuação do nutricionista no setor público" e "formação insuficiente ou inadequada".	Coordenadores valorizam a existência de políticas públicas, porém é nítida a limitação de ações.
2013	Ana Paula Bortoletto Martins, Daniela	Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão	1.412 documentos não duplicados	As três análises transversais de plausibilidade sugerem	Os poucos estudos encontrados indicam associação positiva entre pertencer ao programa de

	Silva CanellaI, Larissa Galastri BaraldiI, Carlos Augusto Monteiro	sistemática		influência positiva desses programas na segurança alimentar e nutricional dos beneficiários. As principais limitações metodológicas apontadas foram corte transversal e dificuldades da coleta de dados, pequeno tamanho amostral e limitações do instrumento.	transferência de renda e a melhoria da alimentação e nutrição das famílias beneficiárias no Brasil.
2013	Flávia Emília Leite de Lima, Regina Mara Fisberg, Kátia Yumi Uchimura, Telma Picheth	Programa Bolsa-Família: qualidade da dieta de população adulta do município de Curitiba, PR	747 beneficiários	A população possui uma dieta monótona, com um consumo adequado de leguminosas, porém baixo para frutas, verduras e produtos lácteos.	Estudos que avaliem a qualidade da dieta são fundamentais para subsidiar a implantação de programas de educação alimentar direcionados para o cerne do problema nas populações estudadas.
2013	Viviam Rafaela Barbosa Pinheiro Freire, Simone Souza da Costa Silva, Lilia Iêda Chaves Cavalcante, Fernando Augusto Ramos Pontes	Programa Bolsa Família como estratégia de combate à pobreza em Dissertações e Teses no Brasil	166 registros	O Nordeste foi a região brasileira mais investigada (45,3%). Houve predominância (33,6%) de pesquisas que não apontavam efeitos positivos ou negativos conclusivos do Programa Bolsa Família	Conclui-se que não há um consenso na literatura investigada sobre a consolidação do PBF como estratégia de combate à pobreza.
2013	Amanda de M	Alimentos mais consumidos	34.003 indivíduos	Os alimentos mais	Existe um padrão básico do

	Souza, Rosangela A Pereira, Edna M Yokoo, Renata B Levy, Rosely Sichieri	no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009		frequentemente referidos pela população brasileira foram arroz (84,0%), café (79,0%), feijão (72,8%), pão de sal (63,0%) e carne bovina (48,7%), destacando-se também o consumo de sucos e refrescos (39,8%), refrigerantes (23,0%) e menor presença de frutas (16,0%) e hortaliças (16,0%).	consumo alimentar no Brasil que inclui entre os alimentos mais consumidos arroz, café, feijão, pão de sal e carne bovina, associado ao consumo regional de alguns poucos itens.
2012	Camila Irigonhé Ramos,Maria Rita Macedo Cuervo	Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada	23 entrevistados	Evidenciou a importância da formação dos profissionais que atuam na atenção primária.	Os profissionais de saúde precisam entender as proposições do programa como estratégias político-sociais.
2012	Tereza Etsuko da Costa Rosa, Lenise Mondini, Muriel Bauermann Gubert, Geni Satiko Sato, Maria Helena D'Aquino Benício	Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos, Brasil	23.877 domicílios em todo o Brasil	O estudo mostrou que 29,8% dos domicílios se encontravam na condição de insegurança alimentar e que tal condição estava significativamente associada com regiões menos abastadas (Norte/Nordeste, rural)	A distribuição da insegurança alimentar em domicílios chefiados por idosos segue tendência similar dos domicílios brasileiros, ratificando a maior prevalência desta condição nos estratos socioeconômicos mais desfavorecidos da população
2012	Luciara Souza Gallina, Carla	Representações sobre Segurança Alimentar e	Entrevistados todos os 14 membros	Os resultados obtidos com este estudo corroboram a	Necessidade de qualificação dos conselhos no sentido da

	Rosane Paz Arruda Teo, Patrícia Stubinski Munaro, Viviane Santolin Henrique de Oliveira	Nutricional nos Discursos de um Conselho de Alimentação Escolar	(sete titulares e sete suplentes) do Conselho de Alimentação Escolar do município de Chapecó, Santa Catarina	convivência de representações parciais do que seja SAN, tendo sido observada uma maior frequência de citações relativas à categoria higiene, a qual foi mencionada por doze dos catorze conselheiros entrevistados.	construção de uma participação social comprometida e de uma compreensão ampliada sobre segurança alimentar e nutricional
2012	Christiane Araújo Costa, Cláudia Maria Bógus	Significados e Apropriações da Noção de Segurança Alimentar e Nutricional pelo Segmento da Sociedade Civil do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional	18 entrevistas	Foram identificadas cinco categorias, a saber: aproximação entre campos temáticos da esfera da produção e do consumo; noção da alimentação como um direito; objetivo estratégico do desenvolvimento; promoção de articulação intersetorial; demanda por processo educativo, a partir da leitura dos documentos da área e que serviram como orientação para a elaboração dos instrumentos de pesquisa.	Permitiu verificar que a incorporação da visão integral da noção de segurança alimentar e nutricional não está dada para grande parte das organizações do campo da sociedade civil
2012	Cláudia Roberta Bocca Santos, Rosana	Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares	05 entrevistas	O desenho, a cobertura e a avaliação dos programas complementares	A articulação da transferência direta de renda às demais políticas públicas limita-se

	Magalhães	do Programa Bolsa Família		mostraram-se frágeis. Os beneficiários desconheciam cursos de qualificação profissional.	àqueles setores responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades.
2012	Kátia Yumi Uchimura, Maria Lúcia Magalhães Bosi, Flávia Emília Leite de Lima, Vanessa França Dobrykopf	Qualidade da alimentação: percepções de participantes do programa bolsa família	38 indivíduos	Após a categorização, três temas centrais emergiram: "descrição da alimentação; qualidade da alimentação; e sentimentos e vivências dos indivíduos atendidos pelo programa".	Destaca-se o reconhecimento da vulnerabilidade social e consequente insegurança alimentar a que tais grupos estão submetidos, bem como sentimentos de resignação.
2012	Jorginete de Jesus Damião Trevisani, Patrícia Constante Jaime	Acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família: estudo de caso no Município do Rio de Janeiro - RJ, Brasil, em 2008	128 unidades de saúde	Os dados demonstraram a adesão das unidades às atividades básicas; outras ações oferecidas para crianças e mulheres apresentaram maior variação nas frequências de unidades que as realizavam; em 48,4% das unidades, não se priorizava a inserção das famílias nas ações oferecidas.	Os resultados indicam a necessidade de estratégias para qualificação do acompanhamento das condicionalidades de saúde na cidade.
2012	Renata Bertazzi Levy, Rafael Moreira Claro, Lenise Mondini, Rosely Sichieri, Carlos Augusto Monteiro	Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009	55.970 domicílios	O teor protéico da disponibilidade alimentar mostrou-se adequado em todos os estratos regionais e econômicos. Em contrapartida, observou-se excesso de açúcares livres	As características negativas da qualidade da dieta da população brasileira observadas ao final da primeira década do século XXI conferem alta prioridade para políticas públicas de promoção da alimentação saudável.

				e de gorduras em todas as regiões, especialmente nas regiões Sul e Sudeste.	
2012	Gustavo Velásquez-Meléndez, Larissa Loures Mendes, Milene Cristine Pessoa, Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha, Renata Tiene de Carvalho Yokota, Regina Tomie Ivata Bernal, Deborah Carvalho Malta	Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de inquérito telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009	No ano de 2006 foram entrevistados 54.369 indivíduos; em 2007, 54.251; em 2008, 54.353 e em 2009, 54.367 pessoas	O consumo de feijão cinco ou mais vezes por semana variou de 71,85% (2006) a 65,79 (2009). Na maior faixa de frequência de consumo ao longo de todo o período estudado estão incluídas as capitais Goiânia, Belo Horizonte, Palmas, Cuiabá e Brasília.	Ocorreu redução significativa da frequência do consumo do feijão pela população brasileira e a adoção de políticas de monitoramento e incentivo do consumo é necessária em função dos benefícios apresentados pela leguminosa.
2011	Fabiana de Cássia Carvalho Oliveira, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Luciana Ferreira da Rocha Sant'Ana, Silvia Eloíza Priore, Sylvia do Carmo Castro Franceschini	Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos	446 crianças	As prevalências de anemia, déficit estatural e obesidade foram 22,6, 6,3 e 5,2%, respectivamente, sendo que não houve diferença estatística entre os beneficiários e não-beneficiários.	É possível que a similaridade dos dois grupos também quanto ao estado nutricional possa ser atribuída ao recebimento do benefício, tanto devido ao incremento financeiro, quanto ao acompanhamento nutricional exigido como condicionalidade do programa.

2011	Juliane Berenguer de Souza Peixoto, Valdecir Carneiro da Silva, Adriana de Azevedo Paiva, Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama	Significado das Condicionalidades do Programa Bolsa Família para Beneficiários Acompanhados numa Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB	24 mulheres	As categorias identificadas foram: regularidade no recebimento do benefício; acesso a bens de consumo; condicionantes do PBF para as famílias e; impacto no acesso à saúde.	O PBF é uma importante iniciativa da Política Nacional de Assistência Social e a regularidade do recebimento do benefício vem contribuindo para que as famílias beneficiárias possam programar seus gastos em favor de uma melhor satisfação familiar.
2010	Shirley Donizete Prado, Silvia Ângela Gugelmin, Rubem Araújo de Mattos, Juliana Klotz Silva, Priscila dos Santos Gomes Olivares	A pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional no Brasil de 2000 a 2005: tendências e desafios	72 grupos	Predominam grupos na área de ciência e tecnologia dos alimentos e mais voltados para a qualidade do alimento; segue-se a área da Nutrição discutindo, principalmente, o estado nutricional de grupos populacionais	Considera-se a necessidade de investimentos na integração dos componentes alimentar e nutricional da pesquisa sobre SAN, buscando reduzir o diferencial entre o foco econômico – da segurança e inocuidade do alimento – e o foco social – do direito humano à alimentação saudável
2009	Doraliza Auxiliadora Abranches Monteiro, Marco Aurélio Marques Ferreira, Karla Maria Damiano Teixeira	Determinantes da Gestão do Programa Bolsa Família: análise do índice de gestão descentralizada em Minas Gerais	296 municípios	Quanto mais beneficiários, maiores são as responsabilidades, aumentando, assim, as tarefas dos municípios em várias áreas, o que dificulta a coordenação e articulação, ou, até mesmo, a integração entre as Secretarias de Assistência Social,	A efetividade dos programas de transferência de renda está diretamente relacionada ao atendimento às condicionalidades instituídas pelo poder executivo, no intuito de garantir a sustentabilidade das ações e propiciar a manutenção das conquistas sociais.

				Educação e Saúde,no acompanhamento dos beneficiários do Programa	
2009	Flávio Sarno, Rafael Moreira Claro, Renata Bertazzi Levy, Daniel Henrique Bandoni, Sandra Roberta Gouvêa Ferreira, Carlos Augusto Monteiro.	Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003	969.989 registros	A quantidade diária de sódio disponível para consumo nos domicílios brasileiros foi de 4,5g por pessoa, excedendo assim, em mais de duas vezes o limite recomendado de ingestão desse nutriente.	Os resultados indicam que o consumo de sódio no Brasil excede largamente a recomendação máxima para esse nutriente em todas as macrorregiões brasileiras e em todas as classes de renda.
2008		Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais	Entrevistas em 112.716 domicílios	Os resultados mostraram que, em todas as faixas de rendimento familiar, houve aumento, em torno de 8% na chance de segurança alimentar na família, para cada 10 reais de acréscimo nos valores das transferências socais.	Os resultados obtidos indicam associação positiva da transferência de renda, com a segurança alimentar, independentemente do efeito de outras condições.
2008	Bárbara Eduarda Panelli-Martins, Sandra Maria Chaves dos Santos, Ana Marlúcia Oliveira Assis	Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil	Município de Mutuípe, Bahia	Foi possível identificar que em Mutuípe, que a insegurança alimentar e nutricional é moderada.	O protocolo proposto é operacional e capaz de expressar a situação desejada em municípios pequenos, sendo útil à orientação das políticas locais.
2007	Leonor Maria	Avaliação de políticas	2.665 crianças em	Foi registrado um maior	O estudo verificou que a

	Pacheco Santos; Sandra Maria Chaves dos Santos; Luciana Alaíde Alves Santana; Flavia Conceição Santos Henrique; Roseanne Porto Dantas Mazza; Ligia Amparo da Silva Santos; Lílian Silva dos Santos	públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar	idade escolar (7 a 14 anos) no interior e de 702 crianças nesta faixa etária na capital	percentual de crianças de famílias classificadas na linha de indigência na zona rural (68,1%) e, em contraposição, a proporção de classificados como não-pobres foi maior nas zonas urbanas dos municípios (32,5%), indicando uma situação de maior risco social na zona rural	cobertura do programa foi bastante significativa. No entanto, a focalização deixa a desejar no interior da Bahia, onde se encontrou maior proporção de escolas com PNAE entre aquelas freqüentadas por alunos de maior poder aquisitivo.

FONTE: Biblioteca Virtual de Saúde, acesso em setembro de 2016.