

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

ISABELLA ROLIM DE BRITO

**PERFIL NUTRICIONAL DE ADULTOS BENEFICIÁRIOS DO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CABEDELO - PB**

JOÃO PESSOA-PB

2015

ISABELLA ROLIM DE BRITO

**PERFIL NUTRICIONAL DE ADULTOS BENEFICIÁRIOS DO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CABEDELO - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Ciências da Nutrição, Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, para conclusão do curso de Nutrição.

Professora Orientadora: Pamela Rodrigues Martins Lins

JOÃO PESSOA-PB

2015

B862p Brito, Isabella Rolim de.

Perfil nutricional de adultos beneficiários do Programa Bolsa família no Município de Cabedelo – PB / Isabella Rolim de Brito. - João Pessoa: [s.n.], 2015.

43f.: il. -

Orientadora: Pamela Rodrigues Martins Lins.

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

Área de concentração:

Data de defesa: 26 de fevereiro de 2015.

Resultado: _____.

BANCA EXAMINADORA

Pamela Rodrigues Martins Lins
Professora
Universidade Federal da Paraíba

Sônia Cristina Pereira de Oliveira Ramalho Diniz
Professora
Universidade Federal da Paraíba

Márcia Gabriela Messias Borges Pimentel
Coordenadora de Atenção Básica
Prefeitura Municipal de Cabedelo/PB

Dedicatória

À toda minha família, pelo carinho, apoio e dedicação constantes, que me possibilitou chegar até esta importante etapa da minha vida e me encorajou a ultrapassar todos os obstáculos enfrentados ao longo do curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pelas bênçãos a mim concedidas desde a aprovação no vestibular e em todo caminho percorrido durante a graduação, bem como por sempre iluminar o meu caminho, as minhas escolhas e por sempre me amparar em minhas orações. Agradeço a Ele, que me oferece ensinamentos corretos e me proporcionou todas as ferramentas necessárias para concluir esta caminhada e vencer todos os obstáculos.

Aos meus pais que me concederam a vida e tudo que tenho e sou até hoje. São eles os responsáveis por minhas conquistas e vitórias. Obrigada por me encorajar a buscar meu sonho longe de vocês e por me darem a oportunidade de concretizá-lo. Mesmo a alguns quilômetros de distância, vocês se mantiveram sempre presentes. Muito obrigada pelo amor incondicional.

À toda a minha família, pelo fundamental incentivo em toda a minha trajetória, por depositarem em mim a confiança de que sempre posso alcançar meus objetivos. Em especial à minha tia Jerusa e ao meu tio Eusébio Júnior por, muito além de acreditar em meu potencial, ter feito meu sonho se tornar realidade, viabilizando mais esta conquista.

Muitíssimo obrigada ao meu namorado pela compreensão, paciência, amor e solidariedade. Por me proporcionar os melhores sorrisos que me acalentaram em meio a vários percalços, e por me fazer esquecer, pelo menos por alguns momentos, das minhas ansiedades e angústias. Agradeço a ele por não me desamparar na ausência física dos meus entes, por aconselhar em minhas decisões e me incentivar a continuar nas desesperanças.

Aos meus amigos que me apoiaram, em especial a Jessika Rufino e Rebecca Germoglio que estiveram ao meu lado durante esta jornada, me acolheram e permaneceram fiéis à amizade, permitindo que essa trajetória fosse mais feliz e segura em meio às dificuldades. Agradeço também a minha melhor amiga Natália Medeiros, à qual sempre compartilhei minhas tristezas, alegrias, aflições e conquistas. Obrigada pela amizade sincera.

À minha orientadora Pamela Rodrigues, pela paciência e dedicação a mim fornecidas, pela partilha de conhecimentos, pelo empenho e pela orientação exitosa na produção deste trabalho, sempre almejando ver meu crescimento. À toda a equipe da Atenção Básica de Saúde do município de Cabedelo, coordenação, funcionários, motoristas e nutricionistas que me receberam tão bem e acolheram o meu projeto, me auxiliando na coleta dos dados.

Obrigada também a todos os professores do Departamento de Nutrição que sempre buscaram ensinar da melhor maneira a sermos profissionais éticos. Estendo meu agradecimento à Universidade Federal da Paraíba por propiciar um ambiente respeitável ao meu desenvolvimento acadêmico.

“Tua palavra é lâmpada para os meus pés e luz para o meu caminho.”

Salmo 119:105

RESUMO

A miséria ainda aflige toda a humanidade, desfavorecendo famílias que passam fome e sofrem de desnutrição. Desde os anos 90 o Brasil vem colocando como prioridade ações em curto prazo de alívio da pobreza, para equacionar problemas alimentares e nutricionais da população. Assim, o Governo Federal optou por investir em programas de Transferência Condicionada de Renda, surgindo o Programa Bolsa Família (PBF). Porém, o que se percebe atualmente é o crescente aumento nos índices de sobrepeso e obesidade em toda a população, inclusive entre os beneficiários do PBF, sendo estes, fatores de risco para agravos à saúde. A pesquisa objetivou avaliar o estado nutricional da população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no Município de Cabedelo – PB. Trata-se de um estudo transversal, realizado no ano de 2014 em Unidades Básicas de Saúde em Cabedelo (PB). Foram entrevistados 295 adultos inscritos no PBF, de 20 a 59 anos que responderam ao questionário socioeconômico e foram submetidos à avaliação do estado nutricional. Foram aferidos peso, altura e circunferência da cintura (CC) e calculados o Índice de Massa Corporal e a Razão Cintura-Estatura (RCE). Os resultados mostraram que 67,1% da população estão com a CC elevada, acima do peso adequado (68,8%) e com a RCE também elevada (77,3%). Foi possível verificar também associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a idade e as variáveis de estado nutricional, bem como entre a RCE e o grau de escolaridade e estado civil. O perfil nutricional dos entrevistados encontra-se inadequado, estando a maioria propícia ao desenvolvimento de diversas doenças metabólicas associadas. Dados estes alertam para a situação vigente e atentam para a necessidade da implantação de políticas públicas de conscientização e valorização de hábitos alimentares saudáveis e da atividade física, visando à melhoria da saúde e estado nutricional de tal população.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação antropométrica. Perfil Nutricional. Programa Bolsa Família. Excesso de Peso.

ABSTRACT

Poverty still afflicts all humanity, disadvantaging families who are hungry and suffering from malnutrition. Since the 90s, Brazil has been putting priority actions in short-term poverty alleviation, to equate food and nutrition problems of the population. Thus, the federal government chose to invest in Conditional Cash Transfer programs, emerging Bolsa Família Program (BFP). But what we can see today is the growing increase in overweight and obesity rates across the population, including among the beneficiaries of PBF, which are risk factors for health problems. The research aimed to evaluate the nutritional status of the adult population receiving the Bolsa Família Program in the city of Cabedelo - PB. This is a cross-sectional study conducted in 2014 in Basic Health Units in Cabedelo (PB). We interviewed 295 adults enrolled in the PBF, 20-59 years responded to socioeconomic questionnaire and underwent assessment of nutritional status. Were measured weight, height and waist circumference (WC) and calculated the Body Mass Index and Waist-Height Ratio (HCR). The results showed that 67.1% of the population with high WC are above the proper weight (68.8%) and also with high HCR (77.3%). Also we observed statistically significant association ($p < 0.05$) between age and nutritional status variables, and between the HCR and the level of education and marital status. The nutritional profile of respondents is inappropriate, and most conducive to the development of several metabolic diseases associated. Given these call attention to the current situation and pay attention to the need to implement public policy awareness and appreciation of healthy eating habits and physical activity, aimed at improving the health and nutritional status of this population.

KEYWORDS: Anthropometric assessment. Nutritional Profile. Family Grant Program. Overweight.

LISTA DE FIGURAS

Figuras 1, 2 e 3 - Correlação da Idade com as Variáveis antropométricas de Obesidade central e geral dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil.....	26
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil.....	24
Tabela 2 - Classificação do estado nutricional dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil.....	25
Tabela 3 - Associação da Idade e as Variáveis Antropométricas dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil (n=295).....	26
Tabela 4 . Associação do Estado Civil e Escolaridade e a Razão Cintura-Estatura dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil (n = 295).....	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL ATUAL.....	15
3.2 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA.....	17
3.3 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF.....	18
3.3.1 Benefícios.....	20
3.3.2 Condicionalidades.....	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO.....	22
4.4 COLETA DE DADOS.....	22
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	29
7 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	39
APÊNDICES	41

1 INTRODUÇÃO

A miséria é um problema que ainda aflige, mesmo que em menores proporções, toda a humanidade, apresentando-se há muito tempo como uma realidade sensível e perceptível, a qual desfavorece famílias que passam fome e sofrem de desnutrição. Os mais assolados são aqueles que vivem em situação de pobreza ou que vivem abaixo da linha da pobreza, sobrevivendo em um quadro de insegurança alimentar e nutricional (DIAS, 2009).

Além da desnutrição e insegurança alimentar, as famílias pobres no Brasil padecem do risco da reprodução intergeracional da condição de pobreza, com a manutenção das condições de vulnerabilidade social (BRASIL, 2014a). De acordo com o relatório realizado no ano de 2014 pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, cerca de 805 milhões de pessoas, uma em cada nove, sofrem de fome no mundo (FAO, 2014).

Apesar da insegurança alimentar ser vigente, é importante ressaltar que a alimentação adequada e de qualidade é um direito fundamental e garantido por lei. Todas as pessoas tem direito à alimentação, como determinado pelo Artigo XXV da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), devendo ser saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. Nesse contexto, questões ligadas à pobreza e desigualdade social vem sendo discutidas por todo o mundo e tem sido prioridades assumidas pelo poder público com o intuito de se encontrar soluções para combater à fome (VIEIRA, 2014).

A política social que o Brasil adotou desde os anos 90 é caracterizada por colocar como prioridade as ações em curto prazo, através da adoção de medidas pontuais de alívio da pobreza, para reduzir o número de pessoas que vivem em situação de miséria, fome e de múltiplas vulnerabilidades (LEMOS; MOREIRA, 2013). Essas políticas estão voltadas a equacionar os problemas alimentares e nutricionais da população (LIMA et al., 2013). A abordagem do Governo Federal é voltada à assistência social e tem se voltado à promoção da saúde, da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e ao monitoramento e recuperação do estado nutricional dos indivíduos (LIMA; RABITO; DIAS, 2011).

Com essas finalidades o Governo Federal optou por investir em políticas públicas compensatórias ou nos chamados programas de Transferência Condicionada de Renda, surgindo, assim, o Programa Bolsa Família (PBF), o qual beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo o Brasil, sendo integrado ao Plano Brasil Sem Miséria (BRASIL, 2014b).

Porém, o que se percebe nos dias atuais é o crescente aumento nos índices de sobrepeso e obesidade em toda a população. Dados da última pesquisa da VIGITEL (2013)

promovida pelo Ministério da Saúde evidencia que cerca 50,8% da população brasileira encontra-se com excesso de peso e 17,5% com obesidade. O que se torna cada vez mais preocupante, uma vez que o sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para agravos à saúde, tais como diabetes mellitus e hipertensão arterial (FERNANDES et al., 2013).

Esse quadro nutricional está expandido inclusive entre os beneficiários do PBF, como bem mostram os dados apresentados por Lima, Rabito e Dias (2011) e Rosa (2011). Desta forma, diante da transição nutricional e do quadro atual da população brasileira, é imprescindível que se analise essa nova situação instalada, através da avaliação do estado nutricional. Além disso, tendo em vista a escassez de estudos com a população adulta beneficiária inscrita no município de Cabedelo – PB ressalta-se a fundamental importância do presente trabalho para se investigar o perfil nutricional de tal população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o estado nutricional da população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família, no Município de Cabedelo – PB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado nutricional pondo-estatural, utilizando o índice de massa corporal (IMC);
- Verificar a prevalência de obesidade geral e abdominal pelos indicadores IMC, Razão Cintura-Estatura (RCE) e Circunferência da Cintura (CC), respectivamente;
- Caracterizar a população estudada quanto aos aspectos sócio demográficos (idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, procedência, quantidade de moradores no domicílio).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL ATUAL

A fome é um quadro alimentar e nutricional que persiste em existir, apesar de mostrar-se em menores proporções atualmente, se apresentando como face inversa da abundância. É assim, a miséria, um dos problemas que assolam indivíduos em todo o mundo, fazendo-os vítima de falta de alimentos e conseqüentemente da desnutrição, por falta de condições econômico-financeiras ou por falta de acesso. Esse grupo vulnerável a agravos à saúde necessita de intervenções imediatas para que esse problema seja resolvido (VIEIRA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (2013) a fome está em primeiro lugar na lista dos 10 maiores riscos para a saúde, matando um número de pessoas anualmente maior do que a AIDS, malária e tuberculose matam juntas. Esse mal da humanidade é considerado pela ONU (2012) o único grande problema enfrentado pelo mundo hoje que tem solução.

De acordo com as estatísticas mais recentes da FAO (2014) cerca de 805 milhões de pessoas ainda passam fome no mundo, o quer dizer que elas não comem o suficiente diariamente para levar uma vida ativa e saudável. Em 2013, porém, a FAO indicava que aproximadamente 870 milhões de pessoas em todo o mundo não se alimentam de forma suficiente para serem consideradas saudáveis, o que mostra que esse quadro de insegurança alimentar e nutricional está diminuindo ao passar dos anos a partir de políticas públicas voltadas para essa problemática (BRASIL, 2014c).

No Brasil, o índice de pessoas que passam fome é de 1,7%, o que equivale a 3,4 milhões de pessoas que não comem em quantidade suficiente por dia. Recentemente, o Brasil foi colocado como um dos países que superaram de forma muito expressiva o problema da fome, da desnutrição e subalimentação nos últimos anos, segundo o Relatório de Insegurança Alimentar no Mundo de 2014, publicado pela FAO (BRASIL, 2014c).

As experiências de transferência de renda, compras diretas para aquisição de alimentos, a capacitação técnica de pequenos produtores, entre outras, estão sendo consideradas medidas eficazes de diminuição do número de pessoas que vivem em insegurança alimentar. Essas medidas estão sendo transferidas para outros países, isso porque o Brasil já é hoje uma referência internacional de combate à fome (BRASIL, 2014c).

A fome e a alimentação inadequada não existem por faltas de leis, uma vez que o direito a alimentação adequada é um direito humano fundamental, sendo garantidos em

Constituição. Este direito propõe o acesso físico, financeiro, continuado, em qualidade e quantidade a uma alimentação apropriada (DIAS, 2009).

Em concomitância a esse quadro de fome e miséria está o excesso de peso e obesidade que também acomete todo o mundo. A presença da desnutrição, carência de micronutrientes, excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis coexistem no mesmo lugar, o que indica grandes mudanças no perfil nutricional da população e caracteriza a transição nutricional (SOUZA; FARIAS, 2011).

As mudanças socioeconômicas que aconteceram no Brasil, principalmente na última década, tiveram como consequência uma mudança na realidade nutricional do País. O Brasil passa por esse momento marcante, ao mostrar aumento na prevalência de obesidade, injúria à saúde a ser igualmente considerada, uma vez que constitui um fator de risco para a carga global de doenças e está intimamente relacionada à alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2014).

Essa acelerada alteração nas causas das morbimortalidades caracteriza a importância de uma nova política adotada pelos países. Isso porque o fator causante de morte antes era principalmente a interação doenças infecciosas e desnutrição energético-proteica, sendo que hoje as “doenças da modernidade” provocam vítimas fatais de *diabetes mellitus*, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e processos degenerativos do sistema nervoso central (BATISTA FILHO; BATISTA, 2010).

Modificações no estilo de vida e da alimentação, maior ingestão e menor gasto calórico diário são fatores primordiais que implicam no crescimento dos índices da obesidade (SOUZA, 2010). A transição nutricional é então caracterizada por mudanças no perfil alimentar e nutricional das populações, maior disponibilidade de gêneros alimentícios com alto teor de sódio, açúcar e gordura, mudança nas dietas locais e inserção de alimentos globalizados (MARQUES; MELO; GOULÃO, 2013).

Dados do VIGITEL (2013) indicam que a frequência do excesso de peso entre os estados brasileiros e Distrito Federal foi de 50,8%, sendo que a predominância é entre homens (54,7%). Quanto aos números de obesidade, os dados são de 17,5% da população. Ou seja, mais da metade da população brasileira encontra-se com excesso de peso ou obesidade (68,3%). A cada ano este número vem aumentando, uma vez que dados do VIGITEL 2011 mostraram que 64,3% da população brasileira encontravam-se com sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2012).

Balbinot (2014) verifica que este fenômeno representa um dos maiores desafios para as políticas públicas atualmente, traduzindo a preocupação de promover a saúde e nutrição. Além disso, cita que essa e outras estatísticas recentes mostram que se revela necessário enfrentar o problema e, assim, estudar as técnicas legislativas utilizadas com o intuito de prevenir e controlar esse quadro. Tanto a desnutrição quanto o sobrepeso e obesidade impõem custos socioeconômicos muito altos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (FAO, 2013).

3.2 PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA

Desde a década de 90, os programas de transferência condicionada de renda (PTCR) vêm sendo uma opção do governo federal para substituir ou integrar intervenções e políticas de proteção social e de combate à pobreza em vários países do mundo (VEGA; TADDEI; POBLACIÓN, 2014). Os PTCR consistem em cessão de quantias monetárias para famílias consideradas pobres e aptas a receber esse benefício, tendo como contrapartida algumas condicionalidades, para que as famílias ajam em benefício próprio e de suas famílias, articulando-os à inserção deste grupo em políticas ou programas sociais nas áreas de saúde, educação e trabalho (CAVALCANTE, 2011).

Tais programas ocupam lugar de destaque na agenda das políticas públicas no Brasil, vindo a ser uma estratégia de combate à pobreza, promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional das populações, sendo destinado àquelas famílias as quais vivem em contextos desfavoráveis e em situação de pobreza ou extrema pobreza, em que o estado nutricional é totalmente influenciado pelas condições de vida (VEGA, TADDEI, POBLACIÓN, 2014). O PTCR acontece por meio do repasse financeiro direto a famílias desfavorecidas, tendo como eixo o incentivo à população beneficiária da utilização dos serviços públicos, para que seja assegurado o exercício do direito aos serviços de saúde, educação e o acesso a uma alimentação adequada (SILVA, 2014).

As pessoas aptas a tornarem-se beneficiárias desses programas geralmente não possuem Segurança Alimentar e Nutricional e tem seu direito à alimentação adequada violado, uma vez que possuem dificuldades de acesso e consumo de alimentos em quantidade e qualidade apropriados, estando vulneráveis a ocorrência de diversas patologias, como anemia, desnutrição, etc. Por muitas vezes possui o excesso de peso e a obesidade em concomitância no mesmo âmbito familiar, caracterizando um quadro de insegurança alimentar e nutricional (BURLANDY et al., 2007).

Os programas de transferência condicionada de renda como políticas orientadas pelo critério da cidadania universal conseguem promover autonomia do cidadão através da adoção de um conjunto de oportunidades para que o indivíduo tenha condições de perseguir seus objetivos pessoais, almejando a inclusão social, garantia da dignidade para todos e redução desigualdade social (CAVALCANTE, 2011).

Aqui no Brasil os PTCR começaram a surgir em 1995 de forma local, em que somente algumas cidades aderiam ao projeto (SEGA, 2013). No México foi concebido em 1997, o *PROGRESA* (Programa de Educação, Saúde e Alimentação), o programa eleito como bandeira do desenvolvimento social que tinha como público beneficiário a população extremamente pobre das áreas rurais e posteriormente também às pessoas pobres no meio urbano, passando a se chamar depois *Oportunidades* (RUSCHEINSKY; MENDIZÁBAL, 2014). O valor do benefício transferido tem como objetivo promover assistência escolar, o acesso à alimentação, contribuição para a superação da pobreza e desenvolvimento econômico e social (MÉXICO, 2010).

Na Colômbia existe o *Familias em Acción*, criado em 1999, que é um programa de transferências monetárias condicionadas, o qual busca contribuir com a redução da pobreza e da desigualdade, com a melhora da qualidade de vida. O programa ocorre mediante condicionalidades na execução de obrigações de saúde e educação, sendo semelhante ao Programa *Oportunidades* no âmbito de aumentar o valor repassado à medida que a criança evolui nos estudos (COLOMBIA, 2014).

Na Nicarágua foi instituído em 2000 o *Programa Mi Familia* com o mesmo eixo de transferir renda mediante condicionalidades, que tem como inovação o incentivo em dinheiro, aos professores e escolas que atendem às famílias que recebem esse benefício e a capacitação regular dos prestadores de serviços (FERREIRA, 2009).

No Chile existe o *Chile Solidario*, designado em 2002, com vistas a cumprir com o intuito de gerar qualidade de vida às pessoas pobres, dando apoio e assistência para que consigam ter recursos necessários a fim de garantir seu bem-estar (CHILE, 2013). No Paraguai foi lançado em 2005 o Programa *Tekoporã*, que se dirige a famílias em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social com famílias que tenham crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade, pessoas com deficiências e mulheres grávidas. Esse programa tem o intuito de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, possibilitando-as a ter melhores oportunidades no futuro (PARAGUAI, 2014).

3.3 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA – PBF

O Bolsa Família é o programa de transferência condicionada de renda do Brasil que tem como objetivo beneficiar famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no país, mediante cumprimento de condicionalidades na área de saúde, educação e assistência social, ações e programas complementares. Esse Programa foi instituído com o intuito de promover alívio imediato da miséria e através dessas ações e programas que complementam o Bolsa Família é possível garantir uma melhor qualidade de vida e tirar as famílias da vulnerabilidade social, além de reverter o quadro de insegurança alimentar e nutricional (LIMA; RABITO; DIAS, 2011; BRASIL, 2014b).

O PBF integra o Plano Brasil Sem Miséria que beneficia famílias cadastradas com renda familiar per capita igual ou inferior a 77,01 mensais (BRASIL, 2014b). Ele foi criado em 2003 e instituído em 2004 pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/04 (BRASIL, 2004a). Ele é integrante da Política de Assistência Social no Brasil contemporâneo desde 2003, instituído pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a fim de unificar os Programas Nacionais de Transferência de Renda particulares de alguns dos Ministérios - Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Programa Auxílio-Gás (VEGA, TADDEI, POBLACIÓN, 2014). Assim, o PBF representa uma ação do Programa Fome Zero, considerado o “carro-chefe” de forma a combater a fome e a pobreza, sendo a principal iniciativa do País para promover a Proteção Social (CRISPIM, 2013).

Conforme o Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004, os objetivos do Programa Bolsa Família são:

Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; e promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004b).

A gestão do Programa é descentralizada e dividida entre o Governo Federal, Estadual e Municipal. É o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) o responsável pela gestão, coordenação, operacionalização e fiscalização do Bolsa Família. As pessoas de baixa renda selecionadas a terem esse benefício devem ter cadastro no CADÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal), e a partir dele é que a seleção é realizada de acordo com as informações obtidas. O público total atendido pelo Bolsa Família em dezembro de 2014 é de 14 milhões de pessoas (BRASIL, 2014b).

A política social de erradicação da pobreza tem como finalidade o enfrentamento dos maléficos desfechos sociais e econômicos desencadeados por má distribuição de renda, e o

Programa Bolsa Família é considerado o maior programa nessa modalidade na história brasileira, uma vez que promove a emancipação das famílias com baixo ou nenhum poder aquisitivo do país (UCHIMURA et al., 2012).

Segundo Nunes, Cruz e Pinho (2014), porém, em famílias que se encontram muito próximas da linha da pobreza o benefício do PBF torna-se insuficiente para retirá-las do quadro de insegurança alimentar e nutricional. Muitos estudos já demonstram que os PTCR sozinhos não são capazes de resolver o problema da pobreza e da insegurança alimentar e nutricional (COTTA; MACHADO, 2013).

3.3.1 Benefícios

Existem algumas modalidades de benefícios para as diferentes situações familiares. Os tipos e os valores a serem repassados mensalmente para cada família são baseados no perfil registrado no Cadastro Único. Entre as informações levadas em consideração são: a renda mensal por pessoa, o número de integrantes, o total de crianças e adolescentes de até 17 anos, além da existência de gestantes e nutrizes (BRASIL, 2014b).

Para famílias extremamente pobres, isto é, com renda menor ou igual a 77,01 reais, o benefício é o básico de 77,00. Para famílias que possuem crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade o benefício é de 35,00. Já para as famílias que são compostas por gestantes é concedido um valor de 35,00, sendo o pagamento de nove parcelas consecutivas, contando a partir do início do pagamento do benefício. O mesmo valor é concedido às famílias que possuem crianças de 0 a 6 meses, permanecendo o pagamento de seis parcelas mensais consecutivas, a contar da data do início do pagamento do benefício (BRASIL, 2014b).

Esses benefícios variáveis limitam-se a cinco por família, estando todos os integrantes cadastrados do Cadastro Único. Para as famílias que tem adolescentes de 16 e 17 anos é transferido o benefício variável vinculado ao adolescente, num valor de 42,00, sendo que somente até dois adolescentes por família. Existe ainda o benefício para superação da extrema pobreza que é repassado às famílias beneficiárias do PBF que mesmo após o recebimento dos outros benefícios, ainda continuam em insegurança e quadro de extrema pobreza, mas a situação é avaliada caso a caso (BRASIL, 2014b).

3.3.2 Condicionalidades

Para receberem mensalmente a renda do Programa Bolsa Família, as famílias necessitam arcar com algumas condicionalidades, bem como é dever do Poder Público

promover o acesso desses beneficiários à execução das condicionalidades na oferta de serviços de saúde, educação e assistência social. Os objetivos das condicionalidades são: monitorar o cumprimento dos compromissos pelos beneficiários; responsabilizar o poder público pela garantia de acesso aos serviços e pela busca ativa das famílias beneficiárias mais vulneráveis; identificar as famílias em situação de vulnerabilidade, quando não estão cumprindo com as condicionalidades e orientar ações do poder público para o acompanhamento dessas famílias (BRASIL, 2014b).

No âmbito da saúde, os beneficiários devem assumir o compromisso de seguir as campanhas de vacinação e acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 7 anos. As mulheres na faixa de 14 a 44 anos devem fazer o acompanhamento e as gestantes ou lactantes, devem realizar o pré-natal a fim de garantir a sua saúde e do bebê (BRASIL, 2014b).

Na área da educação, as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem estar matriculados e possuir frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária. Enquanto que os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência de, no mínimo, 75%. Na assistência social, crianças e adolescentes com até 15 anos em situação de risco ou retiradas do trabalho infantil, devem participar dos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) do Peti e ter frequência mínima de 85% da carga horária mensal (BRASIL, 2014b).

O acompanhamento das condicionalidades depende do calendário de cada área envolvida. Nenhuma família terá o benefício do Programa cancelado, antes de averiguar os motivos do descumprimento das condicionalidades, sendo acompanhada pelo poder público (BRASIL, 2014b).

Diante do cumprimento das condicionalidades, como o acompanhamento do estado de saúde e nutricional vem-se percebendo uma notável relação positiva com o Programa e com o estado nutricional da população que é beneficiada (MARTINS et al., 2013). Maschio, Oliveira e Gregoletto (2014) cita que o estado nutricional está relacionado com a situação socioeconômica da população. O que inicia a causar preocupação é o então elevado número de pessoas que não passam mais fome, mas sim sofrem de excesso de peso. Esse quadro nutricional está expandido inclusive entre os beneficiários do PBF, como bem mostram os dados apresentados por Lima, Rabito e Dias (2011) e Rosa (2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, de cunho quantitativo e de corte transversal, realizada no município de Cabedelo – PB.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi representada pelos adultos inscritos no Programa Bolsa Família (PBF) no ano de 2014 do município de Cabedelo (Paraíba). Atualmente a população de Cabedelo é composta por 64.360 habitantes (IBGE, 2015), sendo 4978 o número de famílias beneficiárias do PBF, segundo informações cedidas pela Coordenação de Atenção Básica do Município em setembro de 2014. Este município é compartilhado em Distritos Sanitários, cuja demarcação territorial corresponde à divisão do espaço geográfico em administrações regionais. A rede municipal de saúde é composta por 20 Unidades Básicas de Saúde de acordo com dados cedidos pela Coordenação de Alimentação e Nutrição do município de Cabedelo.

Para determinar o tamanho da amostra, segundo os dados do Município de Cabedelo, havia 4958 usuários cadastrados no PBF no ano de 2014. Considerando os seguintes parâmetros: prevalência do desfecho (obesidade) igual a 17,5%, intervalo de confiança de 95% e efeito de desenho (*deff*) igual a 1, o tamanho mínimo da amostra ficou estabelecido em 208 usuários, número que foi acrescido de 10% para compensar possíveis perdas e recusas, resultando em uma amostra final de 229 usuários do PBF.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO

Foram incluídos os adultos residentes do município de Cabedelo - PB, que são beneficiários do Programa Bolsa Família, que tinham entre 20 a 59 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar da pesquisa (Apêndice A). Foram excluídos da amostra gestantes ou pessoas com imobilizações bem como limitações, que impossibilitariam a mensuração das medidas antropométricas.

4.4 COLETA DE DADOS

Os entrevistados foram convidados a participar do estudo, a fim de responder voluntariamente ao questionário socioeconômico e de serem submetidos ao procedimento de

avaliação do estado nutricional (Apêndice B). Todos os participantes do projeto foram entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde para coleta dos dados sociodemográficos e antropométricos, aferidos de acordo com as Orientações para Coleta e Análise de Dados em Serviços de Saúde (BRASIL, 2011). Foram coletadas informações em um formulário para descrever o perfil socioeconômico da população, tais como idade, estado civil, ocupação, número de moradores no domicílio, procedência e escolaridade do entrevistado.

Os equipamentos foram previamente calibrados, garantindo o seu perfeito funcionamento e localizados em lugar que não prejudicasse a correta aferição dos dados. Bem como, para realizar todos esses procedimentos a pesquisadora foi previamente treinada. Foram obtidos os dados antropométricos de peso, altura, circunferência da cintura. As medidas foram realizadas em duplicata e, quando havia diferença de 10% nos valores, era tomada uma terceira, calculando-se a média aritmética das mesmas.

Os participantes foram pesados utilizando-se de balança eletrônica, digital, portátil Líder, com capacidade máxima para 200kg e sensibilidade de 100g. O peso foi aferido com os participantes descalços, com roupas leves, orientados a retirarem objetos pesados que podiam interferir no peso total do adulto, como chaves, cintos, óculos, telefones celulares, entre outros, posicionados de costas para a balança, em posição ortostática, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, de acordo com as orientações de BRASIL (2011).

A altura dos mesmos foi determinada com estadiômetro, com precisão de 1 mm e exatidão de 0,5 cm acoplada à Balança profissional mecânica Welmy. O participante ficou em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos, estando posicionado no plano de Frankfurt, com as pernas paralelas e os pés formando um ângulo reto com elas, além de se encontrar com a cabeça livre de adereços (BRASIL, 2011).

A circunferência da cintura foi mensurada com fita métrica inextensível com largura inferior a 1,0 cm e unidade mínima de 0,1 cm, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Esta medida foi feita com base nas orientações de Brasil (2011) que indica que o participante esteja em pé, na posição ereta, com o abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, com as pernas paralelas, estando ligeiramente separadas e com a região da cintura portando o mínimo de roupa possível.

A classificação do estado nutricional dos adultos foi realizada a partir dos indicadores de Índice de Massa Corporal (IMC), a partir dos pontos de corte da WHO (1995)

preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), e a Circunferência de Cintura (CC) foi classificada de acordo com os parâmetros da WHO (2000). Já para a classificação da Razão Cintura-Estatura (RCE) utilizou-se o ponto de corte sugerido de $\geq 0,5$ para homens e mulheres (PITANGA; LESSA, 2006).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi estruturado no *software Microsoft excel for Windows*, utilizando-se para as análises estatísticas o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) for Windows versão 21.0. Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis estudadas. Para a avaliação da correlação dos dados socioeconômicos com as variáveis antropométricas (CC, RCE e IMC) foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de $p < 0,05$.

As análises de associação entre variáveis categóricas foram efetuadas mediante aplicação do teste de Qui-quadrado de Pearson para heterogeneidade ou tendência linear, enquanto a comparação entre médias foi efetuada por meio do teste “t”, considerando um nível de significância de 5%.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba para apreciação e foi aceito através do protocolo 04105/14 (Anexo B).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 295 adultos beneficiários do Programa Bolsa Família do município de Cabedelo (PB), sendo que a grande maioria (98,6%) corresponde a pessoas do sexo feminino. A faixa etária média foi de 35,53 ($\pm 9,86$) anos, com a maior parcela dos beneficiários estando entre 31 a 40 anos (35,7%). Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados preferiu viver com companheiro (37,6%) ou estarem solteiros (31,5%). Os dados estão representados na tabela 1.

Foi possível verificar ainda que a grande parte da população do estudo não é natural da cidade de Cabedelo (41,7%) e que maioria dos adultos pronunciou ter como ocupação atividades do lar (63,1%). Identificou-se também que quanto a quantidade de moradores, é de aproximadamente 4 o número de pessoas por domicílio (média= 3,9 $\pm 1,47$), sendo que a maior parte das famílias entrevistadas possuem de 4 a 6 pessoas habitando no mesmo lar (48,2%). Verificou-se que com relação ao grau de escolaridade a maioria, a qual corresponde a 47,8% dos participantes da pesquisa, possui ensino fundamental incompleto.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil, 2014 (n = 295).

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	04	1,40
Feminino	291	98,6
Idade		
20 a 30 anos	96	32,5
31 a 40 anos	105	35,7
41 a 50 anos	65	22,0
51 a 60 anos	29	9,80
Estado Civil		
Solteiro (a)	93	31,5
Casado (a)	68	23,1
Separado (a)	23	7,80
Vive com companheiro (a)	111	37,6
Procedência		
Cabedelo	108	36,6
João Pessoa	64	21,7
Outros	123	41,7
Ocupação		
Do lar	186	63,1
Atividade remunerada	109	36,9
Número de Moradores		
1 a 3	121	41,0
4 a 6	142	48,2

6 ou mais	32	10,8
Escolaridade		
Analfabeto (a)	13	4,40
Fundamental incompleto	141	47,8
Fundamental completo	18	6,10
Médio incompleto	39	13,2
Médio completo	75	25,5
Superior incompleto	06	2,0
Superior completo	03	1,0

No tocante ao estado nutricional desta população (Tabela 2), observou-se que a média da circunferência da cintura dos homens foi de 90,87 cm ($\pm 12,49$) e a das mulheres de 86,26 ($\pm 12,34$), indicando que o grupo feminino encontra-se com o parâmetro de circunferência da cintura elevado. Os dados também apontam que do total de adultos, 67,1% está com a circunferência da cintura elevada. A média do IMC é 28,46 kg/m² ($\pm 6,12$), no entanto a maioria absoluta dos beneficiários está acima do peso adequado (68,8%). Já a média da razão cintura-estatura é de 0,55 ($\pm 0,08$) e a grande parcela dos entrevistados está com a RCE elevada (77,3%).

Tabela 2. Classificação do estado nutricional dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil (n = 295).

Características antropométricas	n	%
Circunferência da Cintura		
Normal	97	32,9
Elevada	198	67,1
Índice de Massa Corporal		
Desnutrição	08	2,70
Eutrofia	84	28,5
Sobrepeso	97	32,9
Obesidade	106	35,9
Razão cintura-estatura		
Normal	67	22,7
Elevada	228	77,3

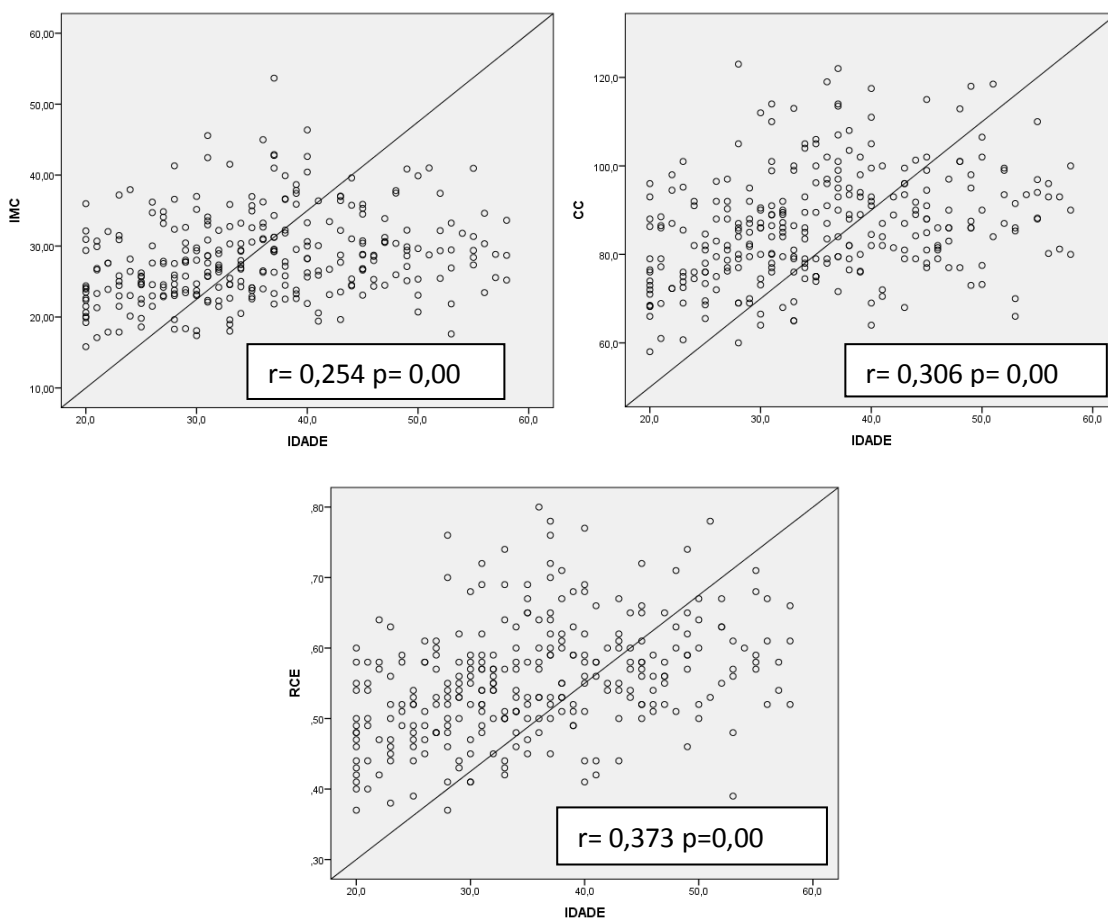
Houve uma associação estatisticamente significativa entre a idade e as variáveis do estado nutricional: Circunferência da cintura ($p=0,00$), IMC ($p=0,00$) e RCE ($p=0,00$), como demonstrado na Tabela 3, evidenciando que idades maiores apresentaram maiores frequências destes parâmetros nutricionais alterados. As figuras 1, 2 e 3 abaixo exibem a correlação entre a idade e as variáveis de estado nutricional.

Tabela 3. Associação da Idade e as Variáveis Antropométricas dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil (n = 295).

Variáveis Antropométricas	Idade (anos)				*p
	20 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	
IMC					
Desnutrição	05	02	00	01	0,00
Eutrofia	41	27	12	04	
Sobrepeso	26	34	22	33	
Obesidade	24	42	31	11	
RCE					
Normal	41	18	06	02	0,00
Elevada	55	87	59	27	
CC					
Normal	47	32	13	04	0,00
Elevada	49	73	52	25	

*Qui-quadrado de Pearson $p < 0,05$.

Figura 1, 2 e 3. Correlação da Idade com as Variáveis antropométricas de Obesidade central e geral dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil.



A RCE foi o parâmetro que mais obteve associação estatística significativa entre as variáveis sociodemográficas, mostrando-se associação com a escolaridade e o estado civil (Tabela 4). A associação entre a RCE e a escolaridade ($p=0,034$) evidencia que quanto menor o grau de escolaridade maior a frequência de RCE elevada. Já a associação positiva entre o estado civil ($P=0,027$) e a RCE indica que indivíduos que possuem companheiros ou são casados tiveram maior frequência de RCE elevada do que os solteiros ou separados. Não se identificou, porém, associação significativa entre o IMC, CC e RCE e as demais variáveis sociodemográficas.

Tabela 4. Associação do Estado Civil e Escolaridade e a Razão Cintura-Estatura dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família de Cabedelo, PB, Brasil (n = 295).

Variáveis Sociodemográficas	RCE		*p
	Normal	Elevada	
Estado Civil			
Solteiro (a)	29	64	0,027
Casado (a)	16	52	
Separado (a)	01	22	
Vive com companheiro (a)	21	90	
Escolaridade			
Analfabeto (a)	00	13	0,034
Fundamental Incompleto	27	114	
Fundamental Completo	01	17	
Médio Completo	13	26	
Médio Incompleto	23	52	
Superior Incompleto	02	04	
Superior Completo	01	0	

*Qui-quadrado de Pearson $p<0,05$.

6 DISCUSSÃO

Os resultados indicam que a maioria da população estudada encontra-se com a classificação para circunferência da cintura fora dos padrões, de acordo com WHO (2000), mostrando um risco nutricional aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Destaca-se também a maior prevalência de sobrepeso e principalmente, obesidade, com relação à classificação do Índice de Massa Corporal recomendado por Brasil (2011). Bem como foi possível identificar que a maioria absoluta dos beneficiários encontra-se com a Razão cintura-estatura elevada, pelo o que é preconizado por Pitanga e Lessa (2006).

Estudo de Rosa (2011), Lima et al. (2013), Maschioa, Oliveira e Gregoletto (2014) e sobre o Programa Bolsa Família encontraram resultados semelhantes aos da atual pesquisa, com relação ao grande número de mulheres que prevaleceram na análise, bem como com relação à média de idade, escolaridade e ao tipo de ocupação. Rosa (2011) encontrou maior percentual de adultos casados e número maior de participantes com ensino fundamental incompleto, porém com relação à escolaridade mostrou semelhante resultado.

Lima et al. (2011) em estudo sobre o perfil nutricional de usuários do PBF em Curitiba (PR) concluíram que a maioria dos entrevistados foi considerada eutrófica (cerca de 40%) segundo padrões de IMC, diferentemente do que foi encontrado na presente pesquisa, na qual a maioria encontra-se com obesidade (35,9%). Já com relação à CC os resultados foram semelhantes, mostrando a alta prevalência dessa medida elevada, o que denota um risco aumentado ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Já Rosa (2011) que também avaliou o estado nutricional de beneficiários do PBF constatou que 72,3% dos entrevistados estão com excesso de peso, associando este resultado a falta de uma alimentação adequada e balanceada, bem como baixo consumo de frutas, verduras, legumes, feijão e leite, produtos esses considerados caros em detrimento ao baixo poder aquisitivo de tal população.

O estudo de Maschioa, Oliveira e Gregoletto (2014) descreveu que 77% da população de beneficiários pesquisada apresentaram excesso de peso, sendo que 50% destes estavam obesos e 59% tinham risco para doença cardiovascular. Dados esses, similares ao estudo mencionado anteriormente, que também corroboram com o presente estudo, em que se verificou 68,8% da população com excesso de peso e 67,1% com risco de desenvolverem doenças cardiovasculares.

Oliveira et al. (2012) junto à Prefeitura de Duque de Caxias – RJ com a finalidade de construir o perfil sociodemográfico e econômico dos titulares e dependentes beneficiados pelo

PBF no município avaliou o estado nutricional de mulheres entre 20 a 59 anos e observou a redução da prevalência de baixo peso e aumento do sobrepeso e da obesidade, desfecho esse semelhante ao do atual estudo, que está associado ao desencadeamento de doenças crônicas não-transmissíveis, tais como hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e dislipidemias.

Da mesma forma, Florêncio et al. (2012) conjuntamente com a Prefeitura de Alagoas, analisando o perfil nutricional de beneficiários do PBF verificaram a alta prevalência de sobrepeso e obesidade entre os adultos (51,2%), além de um quadro de insegurança alimentar instalado em grandes proporções. A pesquisa mostra ainda que, apesar desse programa melhorar em 40% a renda das famílias estudadas e favorecer a maior aquisição de bens alimentícios, esse quadro de obesidade encontrado aponta para a necessidade de uma educação nutricional integrada ao PBF de modo a garantir uma alimentação adequada, evitar morbidades, promover a saúde e bem-estar.

As pesquisas de Barros, Cador e Villa Real (2011) e Cabral et al. (2013) sobre adultos que recebem o benefício do PBF, mostraram que na avaliação nutricional realizada, mais da metade dos adultos participantes exibiram excesso de peso e apresentaram circunferência da cintura inadequada, dados esses parecidos com os do atual estudo.

Esses mesmos autores ao ponderar associações entre a circunferência de cintura e as variáveis sociodemográficas e econômicas averiguaram haver significância estatística entre a circunferência de cintura elevada e o fato de não possuir atividade remunerada. Por outro lado, Berria, Petroski e Minatto (2013) observaram que mulheres de nível intermediário de ocupação apresentaram maior prevalência de obesidade abdominal de acordo com a RCE, quando comparadas às de nível superior.

Soares e Barreto (2013) também notaram que as prevalências de sobrepeso e de obesidade abdominal foram menores entre os que trabalhavam, levando a suposição que indivíduos que trabalham tendem a ter maiores níveis de atividade física no trabalho, podendo levar a um maior gasto energético. Já Volochko e Batista (2009) acreditam que o tipo de atividade laboral parece exercer influência, apontando que a vinculação de mulheres com o trabalho doméstico diminui o seu tempo livre para a realização de atividade física. Nenhuma das pesquisas corroborou com o presente estudo, já que não se encontrou associação entre a circunferência da cintura e a ocupação.

Cabral et al. (2013) também constataram que com relação à associação da circunferência da cintura e a idade, os resultados coincidiram, visto que na atual pesquisa foi verificada esta associação estatística. O autor observou que os adultos de 40 anos de idade ou

mais tinham 1,57 vezes mais chance de ter circunferência de cintura inadequada, quando comparados com quem tinha menos de 40 anos. Peres e Freitas (2008) em pesquisa semelhante com beneficiários do PBF em Sobral (CE) também identificaram que o percentual de mulheres adultas eutróficas diminui à medida que aumenta as faixas de idade.

Já Lima et al. (2011) encontraram semelhante resultado, em que houve uma associação estatisticamente significativa entre o aumento da circunferência da cintura e a idade, bem como observou-se associação entre o IMC com a idade e estado marital. Entretanto, não se encontrou no presente trabalho, associação entre o Índice de Massa Corporal e o estado civil.

Em pesquisa associando fatores sociodemográficos e a prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal, Berria, Petroski e Minatto (2013) obtiveram como resultado que a prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal aumenta com o avançar da idade, como já bem mostra os estudos supracitados e como bem já é documentado na literatura. Além disso, esses autores verificaram que mulheres casadas e separadas/viúvas apresentaram prevalência de excesso de peso superior às solteiras.

A menor prevalência de sobrepeso entre os solteiros e os separados/viúvos, porém foi encontrada na pesquisa de Soares e Barreto (2014), que estudaram sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, corroborando com os resultados da atual pesquisa. Os autores supõem que indivíduos casados ou que vivem com companheiro (a) realizem menos atividade física por disporem de pouco tempo livre ou por gastarem mais tempo cuidando da família e da casa.

Em relação à escolaridade, as mulheres com menor grau de escolaridade apresentaram menor probabilidade de ter excesso de peso e obesidade abdominal, de acordo com o IMC, CC e RCE, quando comparadas às que possuem maior escolaridade, pelo foi analisado no estudo de Berria, Petroski e Minatto (2013). A RCE elevada está associada ao risco coronariano e à mortalidade, segundo Novaes et al. (2013).

Esse resultado diverge do que foi encontrado pelo atual estudo e corrobora com a pesquisa feita por Soares e Barreto (2014), os quais indicam que ter baixa escolaridade foi um fator que elevou a chance de obesidade abdominal, julgando que indivíduos com menor escolaridade geralmente têm menor acesso às informações e orientações sobre saúde e prevenção de doenças. Sousa et al. (2011) também verificou que a menor prevalência de RCE elevado entre mulheres com maior escolaridade.

Fernandes et al. (2013) e Balbinot (2014) legitimam as consequências que podem originar o excesso de peso, entre elas estão o desenvolvimento de hipertensão arterial

sistêmica, *diabetes mellitus*, dislipidemias e outras doenças crônicas não-transmissíveis, além do alto índice de morbidade e mortalidade quem ocorrem em detrimento dessas patologias. Tendo em vista os malefícios já tão consolidados do excesso de peso, bem como o considerável impacto atribuível a esse quadro, a promoção de saúde e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esse tema tornam-se fundamentais.

Nesse sentido, as informações supracitadas são de extrema importância para as autoridades responsáveis, uma vez que indicam o panorama atual do estado nutricional da população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família e incitam a necessidade de mudanças e novas estratégias para driblar o alto índice de excesso de peso nesses indivíduos.

Uma das medidas seria trabalhar interprofissionalmente de forma dinâmica ações de educação alimentar e nutricional e de atividade física, a fim de melhorar a saúde, bem como modificar o quadro de estado nutricional inadequado desses indivíduos e conscientizá-los da importância de atentar aos danos que podem acarretar o excesso de peso.

Observa-se também a necessidade de planejamento com relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde dos adultos usuários, visto que esse procedimento de avaliação nutricional poderia ser realizado de forma longitudinal e menos superficial em detrimento do que ocorre atualmente. Além disso, atitudes de vigilância nutricional em nível individual e coletivo também podem ser reforçadas com o objetivo de controlar situações de risco.

7 CONCLUSÃO

O perfil nutricional dos adultos beneficiários do Programa Bolsa Família no município de Cabedelo (PB) encontra-se muito aquém do indicado pela Organização Mundial da Saúde, uma vez que a maioria da população encontra-se com parâmetros elevados e inadequados, estando mais propícios ao desenvolvimento de diversas doenças metabólicas associadas. Os resultados ora apresentados também foram encontrados de forma semelhante ao do atual estudo em todo o país, o que mostra a necessidade de uma intervenção a nível nacional.

Dados estes preocupam bastante, revelam-se como um subsídio para a constituição e implantação de políticas públicas nacionais e alertam para a situação vigente, tornando necessárias e fundamentais campanhas e políticas públicas de conscientização e valorização de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física, visando à melhoria da saúde e estado nutricional de tal população, à qual esse benefício foi conferido com a finalidade de tirá-la da fome e da pobreza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALBINOT, R. A. A. Diabetes, doenças cardiovasculares e obesidade: análise da legislação na Argentina, no Brasil e na Colômbia. **R. Dir. sanit.** V. 15 n.2, p. 91-107, jul./out. São Paulo, 2014.

BARROS, D. M.; CADOR, S.; VILLA REAL, I. C. G. Avaliação Nutricional dos Beneficiários do Bolsa Família. **XVI Seminário Interinstitucional de Ensino, Pesquisa e Extensão.** Universidade de Cruz Alta. Cruz Alta, outubro de 2011.

BATISTA FILHO, M.; BATISTA, L. D. Transição alimentar/ nutricional ou mutação antropológica? **Cienc. Cult.** 2010, vol.62, n.4, pp. 26-30.

BERRIA, J.; PETROSKI, E. L.; MINATTO, G. Excesso de peso, obesidade abdominal e fatores associados em servidores de uma Universidade Federal Brasileira. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano.** Santa Catarina, 2013.

BRASIL. Declaração universal dos direitos humanos. Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. **Preâmbulo.** Brasília, 1948.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004a.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde.** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Série G: Estatística e Informação em Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2012.** Série G. Estatística e Informação em Saúde. Tiragem: 1ª edição. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). **Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2013.** Série G. Estatística e Informação em Saúde. Tiragem: 1ª edição. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate À Fome. Brasil, 2014a. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Breve nota sobre a natureza multifacetada e multidimensional da pobreza na concepção da abordagem multissetorial de programas e ações do Plano Brasil Sem Miséria.** Estudo Técnico N.º 07/2014. Brasília – DF, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasil, 2014b. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

BRASIL. Brasil, 2014c. O estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Um retrato multidimensional. **Relatório 2014**. Brasília, agosto de 2014.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250320>> Acesso em 26 de janeiro de 2015.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (6): 1441-1451. São Paulo, 2007.

CABRAL, M. J.; VIEIRA, K. A.; SAWAYA, A. L.; FLORENCIO, T. M. M. T. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos avançados**. 27 (78). Maceió (AL), 2013.

CAVALCANTE, P. L. C. Programas de Transferência Condicionada de Renda na América Latina: uma abordagem comparada entre Brasil, México, Chile e Colômbia. **Revista do Serviço Público**. 62 (2): 105-118 Abr/Jun. Brasília, 2011

CHILE. Ministerio de Desarrollo Social. **Chile Solidario**. Santiago, 2013. Disponível em: <<http://www.chilesolidario.gob.cl/sist/sist1.php>> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

COLOMBIA. Departamento para la Prosperidad Social. **Familias em Acción**. Disponível em: <http://www.dps.gov.co/Ingreso_Social/FamiliasenAccion.aspx> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

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

CRISPIM, F. A. dos S. Programa Bolsa Família: ampliação dos direitos sociais de cidadania? **Dissertação**. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2013.

DIAS, E. F. A fome, a pobreza e o direito humano à alimentação adequada. **Revista Jurídica UNIGRAN**, 11, n. 21. Dourados, 2009.

FERNANDES, L. C.; COTOVICZ, L. SORIANO, K. C. O.; ALMEIDA, E. A.; ZIMMERMANN, M. H. Prevalência de obesidade entre os participantes do Dia Mundial do Rim 2013. **5º Congresso Internacional de Educação, Pesquisa e Gestão**. Ponta Grossa, 2013.

FERREIRA, M. N. Programas de Transferência Condicionada de Renda e Acesso aos Serviços de Saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. **Dissertação**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

FLORENCIO, et al. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de Políticas Públicas: Contribuições Acadêmicas sobre o Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Segurança Alimentar e Nutricional. **Perfil nutricional de beneficiários do Programa Bolsa Família: moradores de Favelas em Maceió – Alagoas**. Sumário Executivo. Alagoas, 2012.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **Global Strategic Framework for Food Security and Nutrition**. Committee on World Food Security. Second Version, October, 2013. Disponível em: <http://www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1213/gsf/GS_F_Version_2_EN.pdf> Acesso em 12 de dezembro de 2014

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **O que você precisa saber sobre a fome em 2012**. Disponível em: <www.fao.org/publications/sofa/es/> Acesso em 13 de dezembro de 2014.

LEMOS, J. O. M.; MOREIRA, P. V. L. Políticas e Programas de Alimentação e Nutrição: Um Passeio pela História. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 17(4):377-386. João Pessoa, 2013.

LIMA, F. E. L. de; RABITO, E. I.; DIAS, M. R. M. G. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 14(2): 198-206. Curitiba, 2011.

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

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. C.; CLARO, R. M.; BERNAL, R. T. I.; MONTEIRO, C. A. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 267-276. Brasília – DF, 2014.

MARQUES, V. R.; MELO, A. M. P.; GOULÃO, L. F. Riscos associados à pobreza e à transição nutricional. **Instituto de Investigação Científica Tropical**. Lisboa, 2013.

MARTINS, A. P. B.; CANELLA, D. S.; BARALDI, L. G.; MONTEIRO, C.A.; Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**. 47(6):1159-71. São Paulo, 2013.

MASCHIO, M. S.; OLIVEIRA, N. F. GREGOLETTO, M. L. Estado Nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Caxias Do Sul. **II Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade Da Serra Gaúcha (FSG)**. Caixas do Sul, 2014.

MÉXICO. Secretaría de Desarrollo Social. **Programa de Desarrollo Humano Oportunidades**, 2010. Disponível em: <<http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/wb/Web/inicio>> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

NOVAES, J. F.; GONCALVES, N. S.; LOPES, I. L.; MILAGRES, L. C.; SANTOS, B. C. C.; BARBOSA, S. **Relação do Índice Cintura-Estatura com Comportamentos de Risco e Alterações Metabólicas em Idosos**. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa (MG), 2013.

NUNES, T. S.; CRUZ, M. G.; PINHO, L. de; Avaliação da segurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Nutrire**. Aug;39(2):233-242. Montes Claros – MG, 2014.

OLIVEIRA, et al. Avaliação do Perfil dos Beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) do Município de Duque de Caxias do Estado do Rio de Janeiro (RJ). Estado do Rio De Janeiro. Prefeitura Municipal de Duque de Caxias. **Departamento de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável**. Duque De Caxias, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **O que você precisa saber sobre a fome em 2012**. Disponível em: < <http://www.onu.org.br/o-que-voce-precisa-saber-sobre-a-fome-em-2012/>> Acesso em 1 de setembro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2013. **World Hunger and Poverty Facts and Statistics**. Disponível em:
<<http://www.worldhunger.org/articles/Learn/world%20hunger%20facts%202002.htm>>
Acesso em 12 de dezembro de 2014.

PARAGUAI. Secretaría de Acción Social. **Tekoporã**. Disponível em:
<<http://www.sas.gov.py/pagina/54-tekopor.html>> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

PERES, E. C.; FREITAS, C. A. S. L. Estado Nutricional dos Beneficiários do Programa Bolsa Família no Município de Sobral, Ceará, Brasil. **Sanare**. v. 07, n. 01, p. 56-63. Sobral, jan/jun., 2008.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Razão cintura-estatura como discriminador do risco coronariano de adultos. **Rev Assoc Med Bras**. 52(3): 157-61. Lauro de Freitas, 2006.

ROSA, J. A. O. da. Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre –RS. **Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

RUSCHEINSKY, A.; MENDIZÁBAL, D. M. Política social, paradigma de bem-estar e prática política: análise comparativa de programas de transferências condicionadas. **R. Katál**, v. 17, n. 1, p. 31-40. Florianópolis. Jan./jun. 2014

SEGA, A. T. M. Os Programas de Transferência de Renda Condicionada no Brasil no período de 1995-2010: um estudo do Impacto do Programa Bolsa Família. **Monografia**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

SILVA, M. O. S. Panorama Geral dos Programas de Transferência de Renda na América Latina E Caribe. Universidade Federal do Maranhão (UFMA). **R. Pol. Públ.** Número Especial, P. 299-306. São Luís, Julho de 2014.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**.30(2):341-354. Rio de Janeiro, fevereiro de 2014.

SOUSA, T. F.; NAHAS, M. V.; SILVA, D. A. S.; DEL DUCA, G. F.; PERES, M. A. Fatores associados à obesidade central em adultos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**. 14(2):296-309. Florianópolis, 2011.

SOUZA, E. B. de. **Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores**. Cadernos UniFOA. nº 13. Volta Redonda, 2010.

SOUZA, O. F.; FARIAS, E. S. Magreza e Sobrepeso em Escolares de Rio Branco, AC, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**. 21(3). Rio Branco, 2013.

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

VEGA, J. B.; TADDEI, J. A. A. C.; POBLACIÓN, A. P. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**. 19(3):931-942. São Paulo, 2014.

VIEIRA, A. L. V. **Sensibilidade Insensível: Josué de Castro e a questão a fome como violação de Direitos Humanos Fundamentais**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Franca, 2014.

VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos quilombos**. Instituto de Saúde. Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. (Temas em Saúde Coletiva, 9). São Paulo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status**: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHOconsultation on obesity. (WHO Technical Report Series n. 894). Geneva, Switzerland: WHO, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELLO
SECRETARIA DA SAÚDE
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Diretoria de Educação na Saúde nº. 13 /2013

Cabedelo, 17 de dezembro de 2013

TERMO DE ANUÊNCIA

Vimos por meio deste, autorizar a realização da pesquisa intitulada “**PERFIL NUTRICIONAL DE ADULTOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CABEDELLO-PB**” a ser realizada pela discente “**ISABELLA ROLIM DE BRITO**” do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba sob orientação da Prof. Ms.Pamela Rodrigues Martins Lins. Após a aprovação deste projeto e a sua realização, os responsáveis pela pesquisa obrigatoriamente terá que encaminhar 1(uma) cópia impressa e outra digitalizada para o email (educasaude2013cabedelo@hotmail.com) e apresentar para a Rede de Atenção a Saúde do Município de Cabedelo-PB.

Atenciosamente,

PREFEITURA M. DE CABEDELLO
Ms. Francisco de Assis Félix da S. Filho
Diretor de Educação na Saúde/SESCAB
Mat.: 04.424-5

Ms.Francisco de Assis Félix da Silva Filho
Diretor de Educação na Saúde
Mat. 04.424-5

Secretaria Municipal de Saúde / Centro – Cabedelo – PB - 83-3250-3285 / 8812-0571 / 9957-6463 /
educasaude2013cabedelo@hotmail.com

ANEXO B – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 24/07/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“PERFIL NUTRICIONAL DE ADULTOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CABEDELO - PB”** da Pesquisadora Pamela Rodrigues Martins Lins. Protocolo 04105/14. CAAE: 28740014.8.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCSIUFPB
Mat. SHAPE: 0332618

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa intitulada ‘Perfil nutricional de adultos beneficiários do Programa Bolsa Família no município de Cabedelo – PB’ está sendo desenvolvida por Isabella Rolim de Brito, estudante do curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob a orientação da Prof^a Pamela Rodrigues Martins Lins do Centro de Ciências da Saúde e Departamento de Nutrição. O objetivo deste estudo é avaliar o estado nutricional da população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF), no Município de Cabedelo – PB.

O presente estudo trará benefícios por avaliar seu estado nutricional que lhe será informado ao término das atividades e por ajudar a aumentar os conhecimentos científicos na área. Informamos que a pesquisa expõe ao risco mínimo possível à saúde, de acordo com a Resolução CONEP nº 466/12, pois apenas serão aplicados questionários e antropometria, que embora sejam métodos de intervenções diretas, não são invasivos. A participação neste não é remunerada e não lhe trará custos.

Solicitamos a sua colaboração na participação da pesquisa, a partir do preenchimento do questionário com questões sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, procedência e quantidade de pessoas que habitam em seu domicílio, e da disponibilidade em ser avaliado (a) nutricionalmente através do seu peso, altura e circunferência da cintura. O peso será aferido com o participante em pé, de costas para a balança, ereto, com os pés juntos e descalços e portando roupas leves. A altura será medida com fita métrica fixada na parede, com o participante de costas e pés retos, braços estendidos ao longo do corpo e cabeça erguida. A circunferência da cintura será medida com fita métrica inextensível no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, com o participante em pé, ereto, abdome relaxado, braços estendidos ao longo do corpo, pernas paralelas e roupas leves.

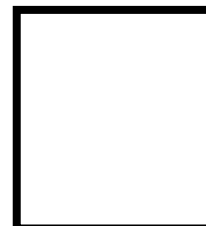
Para tal, necessitamos da sua autorização para apresentar os resultados deste estudo na apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso, possíveis eventos da área de saúde e publicação em revista científica. Seu nome e dados que permitem sua identificação serão mantidos em sigilo. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento necessário em qualquer etapa da pesquisa. Assim, Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecido (a), posso tirar possíveis dúvidas com a pesquisadora, posso desistir, e que dou meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o estudo, ligar para a pesquisadora Pamela Rodrigues Martins Lins. Endereço (Setor de Trabalho): Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I - Cidade Universitária – CEP 58051-900 – João Pessoa – PB. Telefone: (83) 3216-7807/ (83) 3216-7499/ (83) 8816-4496. E-mail: martins.pamela@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – CEP 58051-900 – João Pessoa – PB. Tel: (83) 3216-7791.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Participante

Assinatura do Pesquisador Participante



APÊNDICE B - FORMULÁRIO SOCIO-ECONÔMICO E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Dados Pessoais:

1. Nome: _____
2. Idade: _____ anos completos
3. Estado Civil:
 - Solteiro(a)
 - Casado(a)
 - Separado(a) / Divorciado(a)
 - Vive com companheiro(a)
4. Ocupação: _____
5. Número de moradores no domicílio: _____ pessoas
6. Procedência: _____
7. Nível de escolaridade:
 - Analfabeto (a)
 - Ensino fundamental incompleto
 - Ensino fundamental completo
 - Ensino médio incompleto
 - Ensino médio completo
 - Ensino superior incompleto
 - Ensino superior completo
 - Especialização
 - Mestrado
 - Doutorado
 - Pós-Doutorado
 - Desconhece

Dados Antropométricos

- | | |
|--|----------------------------------|
| 1. Peso: _____ kg | 2. Altura: _____ m |
| 3. Circunferência da cintura: _____ cm | 4. Razão Cintura-Estatura: _____ |