

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**KÉSIA VASTÍ DE MOURA**

**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA  
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE**

Vitória de Santo Antão  
2017

**KÉSIA VASTÍ DE MOURA**

**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA  
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof Dra. Vanessa Sá Leal  
Coorientadora: Prof. Dra. Marcela  
Moreira.

Vitória de Santo Antão

2017

Catálogo na fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV  
Bibliotecária Ana Lígia F. dos Santos - CRB-4/2005

M929e Moura, Késia Vastí de  
Estado Nutricional de Crianças Beneficiárias do Programa Bolsa Família no Município de Vitória de Santo Antão, PE / Késia Vastí de Moura. - Vitória de Santo Antão, 2017.

45 folhas.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.  
Coorientadora: Marcela Moreira.  
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2017.  
Inclui referências, anexo e apêndices.

1. Saúde de Família. 2. Fenômenos Fisiológicos da Nutrição Infantil. 3. Vulnerabilidade Social. I. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Moreira, Marcela (Coorientadora). III. Título.

613.20832 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-146/2017

## **KÉSIA VASTÍ DE MOURA**

### **Estado Nutricional de Crianças Beneficiárias do Programa Bolsa Família no Município de Vitória de Santo Antão, PE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 11/07/2017.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra Vanessa Sá Leal (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>a</sup>.. Ms. Catarine Santos da Silva (Examinador Externo)  
Faculdade do Vale do Ipojuca- FAVIP

---

Prof<sup>a</sup>.Dra. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a minha mãe Bernadete Moura e meus irmãos Esequias Moura e Marta Moura, pelo apoio incondicional que sempre me proporcionaram no decorrer da minha graduação, e em especial aqueles que já perdi aos meus avós João Francisco de Moura e Aurélia Maria de Moura pessoas incríveis e maravilhosas que sempre estarão presentes no meu coração.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me dado a vida, pois sem ele nada seria possível, ao Senhor Jesus Cristo que está sempre comigo me dando forças e coragem pra seguir em frente e não desistir apesar das dificuldades que a vida traz.

A esta universidade por me proporcionar a realização de um sonho.

À minha orientadora, professora Vanessa Sá Leal, agradeço pelos ensinamentos, pela confiança, pela dedicação, pela paciência na orientação em todos os momentos independente de dia e horário, e pelo incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho. Desejo em um futuro próximo ser uma profissional como a senhora dedicada, atenciosa, ética e acima de tudo um ser humano capaz de enxergar, o ser humano como um todo e não só seu aspecto físico, sou eternamente grata por tudo que fez por mim, levarei seus ensinamentos sempre comigo, obrigada por tudo.

À minha co-orientadora, professora Marcela Moreira pela confiança, dedicação, incentivo, ajuda em todos os momentos, pelos ensinamentos, pelo ser humano incrível, obrigada por tudo.

A banca composta pelas professoras Catarine Santos da Silva e Juliana Souza Oliveira pelos ensinamentos ao longo da graduação muito obrigada.

A todos os professores pela paciência, dedicação e profissionalismo, em transmitir o conhecimento necessário para minha formação acadêmica.

Aos Agentes Comunitários de Saúde e demais funcionários das Unidades Básicas de Saúde, onde foram realizadas as coletas, pela receptividade, envolvimento com as atividades e colaboração, ajuda e dedicação em todos os momentos que foram solicitados.

A todas as crianças e seus responsáveis pela aceitação e comprometimento durante a realização da pesquisa.

À Secretaria de Saúde do município de Vitória de Santo Antão pela autorização e apoio para a realização do trabalho nas Unidades de Básicas de Saúde.

À minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional, em especial a minha mãe Bernadete Moura por sempre me apoiar, incentivar e acreditar em mim, por financiar meus sonhos apesar das muitas dificuldades.

À minha irmã Marta Moura por acreditar que eu seria capaz, por ser meu apoio incondicional sempre, por me incentivar a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu irmão Esequias Moura por seus ensinamentos que em momentos difíceis sempre me encorajava pra seguir em frente, por seu apoio em todos os momentos.

Ao meu cunhado José Edson.

Aos meus dois sobrinhos os amores da minha vida Alan França e Abner França.

À minha grande irmã que ganhei na faculdade Joana Kelly pelo seu apoio em todas as horas que precisei, por tornar essa caminhada mais leve.

Bryzza Lira amiga foram tantos momentos compartilhados, muitas alegrias e tristezas ,e você sempre estava presente quando precisei,que nossa amizade perdure eternamente .

Às amigas da faculdade que sempre estão me apoiando, mesmo quando estamos longe Deborah Santos, Gicele Santos, Hemilia Sena, Eleta Barros, Erika Lima e Inaiara Germano.

Aos meus amigos da faculdade que sempre me incentivaram Wallace Alves e Rogério Barbosa.

Porque para Deus nada é impossível.

Lucas 1:7

## RESUMO

O estado nutricional é um dos principais indicadores da condição de saúde de uma criança em especial no âmbito da Atenção Básica em Saúde (ABS). Além disso, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil faz parte da agenda de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF). Avaliar o estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Vitória de Santo Antão, PE, utilizando-se os índices Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I). Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo e corte transversal. A pesquisa contou com a participação de 228 crianças com idade entre 0 e 7 anos pertencentes a cinco das 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município, as UBS foram indicadas pela gestão da cidade em função de estarem localizadas em bairros de grande vulnerabilidade social. As informações coletadas incluem: idade e dados antropométricos da criança e socioeconômicos e demográficos maternos. No que diz respeito a avaliação do estado nutricional, 5,3% (n=12) das crianças tinham baixa estatura e 21,3% apresentavam excesso de peso, sendo que 12,5% estavam com sobrepeso e 8,8% eram obesas. Quanto ao peso ao nascer, apenas 54,3% das crianças apresentaram estes dados preenchidos na caderneta de saúde, e destas 24,2% nasceram com baixo peso. Na relação entre a condição de excesso de peso e as demais variáveis estudadas, a idade da criança inferior a dois anos e o estado civil da mãe (casada) apresentaram associação estatística significativa, com valor de  $p < 0,03$  e  $< 0,006$ , respectivamente. Quanto a localização da UBS as prevalências de excesso de peso foram maiores nos bairros de Amparo e Redenção, com associação estatisticamente significativa e valor de  $p < 0,002$ . Os resultados encontrados confirmam a transição nutricional que vem sendo observada em Pernambuco e no restante do País. Nesse sentido torna-se importante o incentivo a hábitos alimentares saudáveis, através das atividades de educação alimentar e nutricionais, em especial no contexto da ABS.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Estado Nutricional. Crianças. Vulnerabilidade Social.

## Abstract

Nutritional status is one of the main indicators of a child's health condition, especially in the area of Primary Health Care (ABS). In addition, the monitoring of child growth and development is part of the program of conditionalities of the Bolsa Família Program (PBF). To evaluate the nutritional status of children benefiting from the Bolsa Família Program in the city of Vitória de Santo Antão, PE, using the Stature for Age (E / I) and Body Mass Index for Age (BMI / I) indices. This is a descriptive and cross-sectional epidemiological study. The research had the participation of 228 children aged 0 to 7 years belonging to five of the 27 Basic Health Units (BHU) of the city, the BHU were indicated by the city's management because they were located in neighborhoods of great social vulnerability . The information collected includes: age and anthropometric data of the child and socioeconomic and maternal demographics. Regarding the evaluation of nutritional status, 5.3% (n = 12) of the children had short stature and 21.3% were overweight, with 12.5% being overweight and 8.8% Were obese. Regarding the birth weight, only 54.3% of the children presented this data in the health notebook, and of these 24.2% were born with low weight. The relationship between the overweight condition and the other variables studied, the age of the child less than two years and the marital status of the mother (married) presented a statistically significant association, with a value of  $p < 0.03$  and  $< 0.006$ , respectively . Regarding the location of UBS, the prevalences of overweight were higher in the neighborhoods of Amparo and Redenção, with a statistically significant association and  $p < 0.002$ . The results confirm the nutritional transition that has been observed in Pernambuco and the rest of the country. In this sense it is important to encourage healthy eating habits through food education and nutritional activities, especially in the context of ABS.

**Keywords:** Family Health Strategy. Nutritional status. Children. Social vulnerability.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
E/I	Estatura para Idade
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
IMC/I	Índice de Massa Corpórea para Idade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 OBJETIVOS .....	13
2.1 GERAL: .....	13
2.2 ESPECÍFICOS: .....	13
3 JUSTIFICATIVA .....	14
4 REVISÃO DA LITERATURA .....	15
4.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	15
4.2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	16
4.3 ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS .....	19
5 MATERIAL E MÉTODOS .....	22
6 RESULTADOS .....	25
7 DISCUSSÃO .....	29
8 CONCLUSÕES .....	31
REFERÊNCIAS .....	32
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. ....	39
APÊNDICE B – CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO .....	41
APÊNDICE C – QUESTIONARIO APLICADO AS MÃES. ....	42
APÊNDICE D – FOTOS AUTORIZADAS NOS DIAS DAS COLETAS DE DADOS ....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é uma organização dos serviços de saúde onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, agregados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, tendo como perspectiva as necessidades em saúde da população. Ainda, está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social e a corresponsabilidade entre população e setor público (BRASIL, 2011; SILVA et al.,2013 ).

Entende-se por estado nutricional a relação entre a ingestão e a perda de nutrientes (BRASIL, 2006). Em crianças a avaliação do estado nutricional tem como finalidade acompanhar o crescimento e desenvolvimento com o objetivo de identificar precocemente possíveis desvios nutricionais, a exemplo da desnutrição, do excesso de peso e de carências de micronutrientes (anemia, hipovitaminose A) para o planejamento de ações de promoção da saúde e realização de intervenções para recuperação e manutenção da mesma (BRASIL, 2013).

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança incluindo aspectos biológico, afetivo, psíquico e social global, dinâmico e contínuo (BRASIL, 2002). O crescimento infantil é o principal indicador de suas condições de saúde e o Ministério da Saúde preconiza seu acompanhamento desde o nascimento até os dez anos de idade, em especial no âmbito da ABS. Para a avaliação do crescimento e do estado nutricional em crianças é necessário realizar a mensuração e acompanhamento de parâmetros antropométricas, dentre eles o Peso ao Nascer, Peso/Idade, Estatura/Idade, Peso/Estatura e Índice de Massa Corporal (IMC) /idade, e a partir desses dados fazer a comparação de medidas físicas observadas com valores de referência expressos em tabelas e curvas (BRASIL, 2012). O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais, valorizando o vínculo mãe/filho e criança/família como medida de promoção da saúde mental e prevenção precoce de distúrbios psíquico/afetivo (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da ABS faz parte da agenda de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF). O PBF é um programa de transferência direta de renda que visa melhorar as condições de vida das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza do Brasil. Ele foi criado pelo Governo Federal, no ano de 2003, e permite que as famílias beneficiárias recebam diretamente, todo mês, recursos financeiros da União, em troca do cumprimento de compromissos nas áreas de saúde, educação e assistência social (BRASIL, 2012). O PBF promove dessa forma o enfrentamento da desigualdade social, incentivando órgãos e instâncias do poder público a atuarem de forma articulada na promoção e implementação de políticas sociais, que visem contribuir para a superação da condição de pobreza das famílias atendidas (BRASIL, 2015; FONSECA et al., 2013 ).

Neste sentido é importante que a investigação constante do cumprimento das condicionalidades do PBF, principalmente no que diz respeito à saúde, através da vigilância alimentar e nutricional das crianças atendidas seja realizada.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL:**

Avaliar o estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Vitória de Santo Antão, PE.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Avaliar o estado nutricional de crianças menores de sete anos segundo os índices Altura para Idade e Índice de Massa Corporal para Idade;

- Analisar as variáveis socioeconômicas e demográficas das crianças estudadas;

- Verificar a associação entre a condição de excesso de peso e as variáveis socioeconômicas e demográficas.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Diante da mudança no cenário nutricional dos últimos anos, onde destaca-se a redução nas prevalências de desnutrição e o aumento do excesso de peso, principalmente em crianças, torna-se importante acompanhar o estado nutricional das mesmas de maneira precoce e rotineira, visto que, com os resultados obtidos, profissionais de saúde e gestores podem intervir de modo a evitar agravos futuros, a exemplo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Além disso, crianças em vulnerabilidade social, são mais carente de vigilância e intervenção no que diz respeito ao contexto alimentar e nutricional. Para tanto, conhecer o estado nutricional de crianças de 0 a 7 anos beneficiárias de um programa de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE, é uma forma de contribuir para o controle de agravos e melhoria na qualidade de vida.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A ABS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro e o primeiro contato das famílias com o SUS. Segundo o Ministério da Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização da ABS uma vez que propõe um modelo de atenção mais resolutivo e humanizado na qual cada Equipe de Saúde da Família (eSF) inserida na ESF é responsável pelo acompanhamento permanente de um número de indivíduos e de famílias, que vivem em um território delimitado (BRASIL, 2012; SILVA et al., 2013).

Em sua abrangência a ABS dedica-se aos problemas de saúde mais frequentes, simples ou complexos, que se apresentam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), policlínicas, escolas ou asilos e nos espaços comunitários. Além disso o forte componente dedicado à prevenção de doenças deixa-o com qualidades únicas que a caracterizam e a diferenciam dos demais níveis de atenção (média e alta complexidade). Estudos realizados em diversos países incluindo o Brasil apontam que a ABS pode levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, proporcionar menores custos e ser mais satisfatório à população, além de mais equânime mesmo diante de adversidades sociais (BRASIL, 2011; SILVA et al., 2013).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada no ano de (2012, p.) “A ABS caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”. A mesma é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012). A PNAB ainda estabelece como diretrizes ações que estimulam a intersetorialidade e o fortalecimento da participação social que promovam resultados na busca da equidade e o empoderamento individual e comunitário, além da promoção de mudanças organizacionais (BRASIL, 2012; DOMINGOS et al., 2013).

As eSF são compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e visam aproximar esses profissionais de saúde com a população, estabelecendo vínculos de compromisso e corresponsabilidade. A ESF proporciona serviços multidisciplinares às comunidades por meio das UBS, como por exemplo: consultas, exames, vacinas e outros procedimentos. Também envolve outras iniciativas como: Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar, Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal dentre outros (BRASIL, 2012; ; SILVA et al., 2013).

Com o objetivo de qualificar as eSF e ampliar sua resolubilidade e integralidade das ações, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), composto por grupos multiprofissionais que devem atuar de maneira integrada de modo a apoiar os profissionais das equipes da ABS. Para populações específicas como aquelas atendidas nos consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, são compartilhadas práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas (BRASIL, 2014; SAMAPAIÓ et al., 2013 ).

Além do exposto, no contexto da ABS pode-se destacar também o Programa Saúde na Escola (PSE) e os pólos da Academia da Saúde, cenários de prática de promoção da saúde utilizados pelas eSF para trabalhar saúde e nutrição com escolares e população em geral, respectivamente (BRASIL, 2012).

## **4.2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA**

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pelo Governo Federal em 2003, por meio da Medida Provisória nº 132, posteriormente convertida na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2015). É um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que visa melhorar as condições de vida das famílias em situação de pobreza e extrema pobreza no Brasil. As famílias que participam do PBF recebem diretamente, todo mês, recursos financeiros do Governo Federal e

também devem cumprir compromissos nas áreas de saúde e educação. O PBF está fundamentado nas diretrizes definidas na constituição de 1988 e encontra-se estruturado com base nos seguintes princípios: enfrentamento da pobreza e da desigualdade social; proteção social não contributiva; proteção social a família; intersetorialidade; gestão descentralizada e inclusão social (BRASIL, 2015; COTTA et al., 2013 ).

Com bases nesses princípios o PBF contribui para combater a fome e incentivar a segurança alimentar e nutricional, promover o acesso dos beneficiários à rede de serviços públicos, em especial os de saúde, de educação e assistência social, apoiar o desenvolvimento das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza, enfrentar a pobreza e a desigualdade e incentivar órgãos e instâncias do poder público a atuarem de forma articulada na promoção e implementação de políticas sociais, que visem contribuir para a superação da condição de pobreza das famílias atendidas pelo Programa (BRASIL, 2002; COSTA, 2017).

O PBF foi instituído em decorrência da necessidade de unificação dos Programas de Transferência de Renda no Brasil e conforme diagnóstico sobre os programas sociais em desenvolvimento elaborado durante a transição do Governo Fernando Henrique Cardoso para o Governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Nessa análise destacou-se a concorrência e sobreposição de programas, objetivos e público alvo; desperdício de recursos por falta de uma coordenação geral e dispersão dos programas em diversos ministérios; e ainda, falta de planejamento e mobilidade do pessoal executor (BRASIL, 2002; COSTA, 2017).

Inicialmente a unificação proposta ficou restrita a quatro programas federais, a saber: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Vale Gás e Cartão Alimentação, e posteriormente, a incorporação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e do Agente Jovem. Além da unificação realizada, o PBF também se propôs a estabelecer melhor focalização para melhor enfrentamento da pobreza no país. O objetivo foi simplificar o acesso aos benefícios e elevar o valor monetário transferido às famílias. Semelhantemente aos outros programas de transferência de renda o PBF é implementado de modo descentralizado nos diversos municípios do Brasil (CABRAL, 2013).

O PBF possui três eixos principais: transferência de renda, condicionalidades e ações complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza, e as condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já as ações complementares objetivam o desenvolvimento de capacidades das famílias e a superação de sua situação de vulnerabilidade. Vale destacar que o PBF realiza o pagamento dos benefícios preferencialmente às mulheres, com objetivo de contribuir para a ampliação do bem-estar da família e, ao mesmo tempo, da autonomia feminina no espaço doméstico e nas comunidades locais. Outro fundamento importante do PBF diz respeito à autonomia que os beneficiários têm para utilizar os recursos financeiros recebidos, conforme suas necessidades e sem a interferência de qualquer instância externa (BRASIL, 2012; CARVALHO et al., 2014).

O cumprimento de condicionalidades deve ser entendido como um compromisso assumido pelas famílias e pelo poder público uma vez que o acesso aos serviços de saúde e de educação é um direito básico e condição fundamental para permitir o rompimento do ciclo intergeracional da pobreza, ou seja, da manutenção da condição de pobreza de uma geração a outra. Por exemplo, crianças que cumprem as condicionalidades do PBF, ao ter acesso aos serviços de saúde e educação, poderão ter melhores condições de vida que seus pais (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

As condicionalidades do PBF na área de educação é matricular as crianças e os adolescentes de 6 a 17 anos nas escolas e garantir a frequência mínima de 85% nas aulas para aqueles com idade entre 6 a 15 anos, e de 75% para adolescentes de 16 e 17 anos. Com relação às condicionalidades do setor saúde é necessário manter atualizado o calendário de vacinação das crianças menores de sete anos e acompanhar o estado nutricional, no que diz respeito principalmente aos dados de peso e altura conforme o calendário do Ministério da Saúde (MS). As gestantes beneficiárias também têm deveres a cumprir, devendo participar do pré-natal e ir às consultas nas UBS's, além disso, devem ser orientadas que após o parto continuem o acompanhamento da própria saúde (BRASIL, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação à assistência social, o PBF tem como objetivo gerar oportunidades através da integração com outras políticas públicas, como ações de qualificação profissional e de apoio à geração de trabalho e renda; de alfabetização

e educação para jovens e adultos; e de melhoria do acesso à moradia, para auxiliar as famílias na superação da situação de vulnerabilidade social em que se encontram, essas ações podem mudar as vidas das famílias para melhor, colaborando para a construção das condições para o seu próprio sustento. Estas atividades são chamadas de “Ações Complementares” e devem ser promovidas pelo Governo Federal, estados e municípios, bem como por grupos da sociedade civil. (BRASIL, 2015; SANTOS et al., 2014).

Podem participar do PBF as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza cuja definição é feita a partir da renda familiar mensal por pessoa. que estejam registradas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único) . O valor financeiro de referência para caracterização das famílias nessa situação pode ser alterado por meio de Decreto Presidencial. Atualmente, são consideradas famílias em extrema pobreza aquelas com renda familiar mensal igual ou inferior a R\$ 85,00 por pessoa/*per capita*; e em situação de pobreza são aquelas famílias com renda mensal entre R\$ 85,01 e R\$ 170,00 *per capita*. Também é importante ressaltar que o cadastramento da família no Cadastro Único não significa sua entrada automática no PBF (BRASIL, 2015; SANTOS et al., 2014).

### 4.3 ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS

No plano individual ou biológico, estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ter três tipos de manifestações orgânicas: **adequação nutricional** (eutrofia) - manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais; **carência nutricional** - manifestação produzida pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais; **distúrbio nutricional** - manifestação produzida pelo excesso e/ ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades (BRASIL, 2004).

A população brasileira, nas últimas décadas, experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e especificamente no consumo alimentar. A diminuição da fome e da desnutrição veio acompanhada do aumento vertiginoso do excesso de peso em todas as camadas da população, apontando para um novo cenário de problemas relacionados à alimentação e nutrição (BATISTA FILHO et al., 2003; BRASIL, 2013).

A obesidade infantil também já apresenta estimativas globais que apontam 42 milhões de crianças com menos de cinco anos acima do peso ou obesas e, embora seja considerado um problema de países desenvolvidos, constata-se que seu aumento nos países em desenvolvimento tem sido superior ao verificado nos países desenvolvidos (WHO, 2015).

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas e os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades. A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2013; DAMASCENO et al., 2016).

Para a avaliação do estado nutricional preconiza-se o uso do método antropométrico, por se tratar de um método de investigação em nutrição baseado na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do curso da vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional. Esse método tem como vantagens ser barato, simples, de fácil aplicação e padronização, além de pouco invasivo. Ademais, possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados de modo a fornecer o diagnóstico de coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de um determinado grupo (BRASIL, 2004).

O acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento infantil é de grande importância, pois monitora e assim favorece as condições de saúde e nutrição da criança assistida. Os índices antropométricos (peso/idade; altura/idade e IMC/idade) são utilizados como o principal critério desse acompanhamento, essa indicação baseia-se no conhecimento de que a discrepância entre as necessidades fisiológicas e a ingestão de alimentos causam alterações físicas nos indivíduos,

desde o sobrepeso e a obesidade até graves quadros de desnutrição (BRASIL, 2004).

O acompanhamento da saúde infantil é proposto pelo Ministério da Saúde segundo um calendário mínimo de consultas, para avaliar e acompanhar, de maneira sistemática, os processos de crescimento e desenvolvimento da criança. Nesta agenda, fica estabelecido quando e quantas vezes a criança deve ir ao serviço de saúde nos seus primeiros seis anos de vida (BRASIL, 2004; ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), operado a partir da ABS, tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida. Entretanto, destaca-se o uso desse sistema de informação para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de crianças atendidas pelo Programa Bolsa Família, através do SISVAN Módulo Bolsa Família. (BRASIL, 2013).

De acordo com os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2008-2009) as prevalências de déficit de altura/idade em menores de cinco anos estava em torno de 6,0%, resultado similar também ao encontrado na região Nordeste. Já no estado de Pernambuco, de acordo com os achados da III Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN, 2006) essa prevalência é de 8,7% (MENEZES et al., 2011). No que diz respeito ao excesso de peso, segundo a POF 2008/2009, cerca de 33,5% das crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos se encontravam nessa condição, e, em Pernambuco, no ano de 2006 13,3% das crianças e adolescentes de cinco a 19 anos tinha sobrepeso e obesidade (LEAL et al., 2012).

Ainda, em recente revisão da literatura realizada com estudos brasileiros, no Estado da Bahia, crianças menores de sete anos apresentaram 8,3% de sobrepeso e 3,5% de obesidade. Nessa mesma revisão, dados do SISVAN revelaram que a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pernambucanas era de 6,7% e 11,0%, respectivamente. (WOLF; BARROS FILHO, 2014).

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

O presente trabalho faz parte de um projeto maior de Pesquisa-Ação intitulado “**Intersectorialidade como instrumento norteador da vigilância do estado de saúde e nutrição na infância e adolescência**”. Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo descritivo com corte transversal, realizado com crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Vitória de Santo Antão, situado na Zona da Mata de Pernambuco, há 52 quilômetros de distância da capital, Recife.

A pesquisa contou com a participação de 228 crianças com idade entre 0 e 7 anos, essa quantidade foi demanda espontânea no dia da coleta, crianças pertencentes a cinco das 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. As UBS estão localizadas nos seguintes bairros: Amparo, Caiçara, Jardim Ipiranga, Mario Bezerra e Redenção. Sendo estas escolhidas a partir da indicação da gestão local em virtude da vulnerabilidade social a que estão expostas as famílias atendidas.

A coleta dos dados foi realizada nas UBS Jardim Ipiranga, Mário Bezerra, Redenção, Caiçara e Amparo durante o mês de setembro de 2016, por meio de entrevista com uso de questionário elaborado pela equipe do projeto e aplicado por pesquisador capacitado. As informações coletadas incluem: idade e dados antropométricos da criança e socioeconômicos e demográficos maternos.

Com relação as crianças, incluíram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, peso ao nascer, classificado em baixo peso (<2500g), peso insuficiente (2500g a 2999g) e peso adequado ( $\geq$ 3000g), peso atual e estatura atual. Para a obtenção do peso ao nascer, durante a entrevista com a mãe foi solicitada a caderneta ou cartão da criança para verificar o preenchimento do mesmo.

Para a avaliação do estado nutricional das crianças foram coletados dados de peso e comprimento/estatura utilizando-se os índices Estatura para Idade (E/I) e Índice de Massa Corporal para Idade (IMC/I). Quanto às medidas antropométricas, o peso corporal foi obtido através de balança digital, modelo MEA-03200/Plenna com capacidade máxima de 150 kg e precisão de até 100 gramas (g), foi procedido da seguinte forma 1. Número de vezes a realizar a medida: uma; 2. Equipamento: balança eletrônica; 3. Técnica: Instalar a balança em superfície plana, firme e lisa e

afastada da parede. Ligar a balança antes de o avaliado ser colocado sobre ela; 4. Colocar o avaliado no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição; 5. Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor. 6. Registre o valor mostrado no visor, imediatamente, sem arredondamentos. Para a aferição da estatura/comprimento foi utilizada a fita métrica de 200 cm e o estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda), ambos com precisão de 1 milímetro (mm) em toda a extensão, foi procedido da seguinte forma: 1. Número de vezes a realizar a medida: duas (02); 2. Equipamento: fita métrica inelástica, esquadro de madeira, fita adesiva e fio de prumo. 3. Técnica: escolher, na casa, uma parede ou portal sem rodapé. Afixar a fita métrica inelástica, a 50 cm do solo. 4. A pessoa deverá ser colocada ereta, e, sempre que possível, calcanhares, panturrilha, escápulas e ombros encostados na parede ou portal, joelhos esticados, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo; 5. A cabeça deverá estar erguida (fazendo um ângulo de 90° com o solo), com os olhos mirando um plano horizontal à frente, de acordo com o plano de Frankfurt; 6. Peça à pessoa que inspire profundamente e prenda a respiração por alguns segundos; 7. Neste momento, desça o esquadro até que este encoste a cabeça da pessoa, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Realizar a leitura da estatura sem soltar o esquadro. 8. Registre o valor encontrado, imediatamente, sem arredondamentos.

Para a análise dos dados antropométricos foi utilizado o *software Anthro*, sendo as crianças classificadas pelos índices E/I e IMC/I, expressos em escore Z (WHO, 2007). O padrão de referência utilizado para a classificação das medidas do IMC e da estatura foi o da Organização Mundial de Saúde adotando-se os seguintes pontos de corte: Desnutrição:  $< -2$  escores Z; Adequado:  $\geq -2$  a  $< 2$  escores Z; Excesso de peso (sobrepeso e obesidade):  $\geq 1$  escore Z, em relação à mediana esperada para idade e sexo (WHO, 2007).

Quanto às características socioeconômicas e demográficas relacionadas as mães ou responsáveis destacam-se: idade, escolaridade (classificadas como analfabetos, 1º grau completo e incompleto, 2º grau completo e incompleto e superior completo e incompleto), e, estado civil (solteira e casada).

Após a coleta de campo e revisão dos questionários pelos responsáveis pela pesquisa, os dados foram digitados em banco de dados elaborado no programa Microsoft Office Excel 2010. A análise foi realizada no software SPSS 20.0, sendo utilizada a estatística descritiva, e, as possíveis associações verificadas como excesso de peso, por meio do Teste Qui-Quadrado, adotando-se o nível de significância  $p < 0,05$ .

Os responsáveis pelas crianças foram esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa e convidados à assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), em caso de mães com menos de dezoito anos. Neste caso, os responsáveis pelas mães de crianças menores de 18 anos também assinavam a autorização para participação através da assinatura do TCLE. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, sob o protocolo de número 34696114.1.0000.5208, seguindo todas as recomendações éticas da Resolução 466/2012 (ANEXO 1).

## 6 RESULTADOS

A proporção de crianças estudadas em cada uma das cinco UBS avaliadas estão descritas no gráfico 01. Destaca-se que a maioria pertence as localidades de Caiçara e Jardim Ipiranga (35,5% e 25,0%, respectivamente).

Com relação a caracterização socioeconômica e demográfica das crianças estudadas, constatou-se que 47,8% são do sexo masculino e 52,2% do sexo feminino. A maior parte tinha idade entre 2 e 4 anos (47,8%), 31,6% tinha entre 5 e 7 anos e, 20,6% eram menores de dois anos (Tabela 1).

Quanto ao registro do peso ao nascer, apenas 54,3% das crianças apresentaram estes dados preenchidos na caderneta de saúde, e no que diz respeito a avaliação do peso ao nascer, os achados indicam que 24,2% (somatório de 6,5% baixo peso e 17,7% baixo peso) das crianças nasceram com baixo peso e 75,8% tinham peso adequado (Tabela 1). No que diz respeito a avaliação do estado nutricional, observou-se que 5,3% (n=12) das crianças tinham baixa estatura e 21,3% apresentavam excesso de peso, sendo que 12,5% (n=29) estavam com sobrepeso e 8,8% (n=20) eram obesas. (Tabela 1).

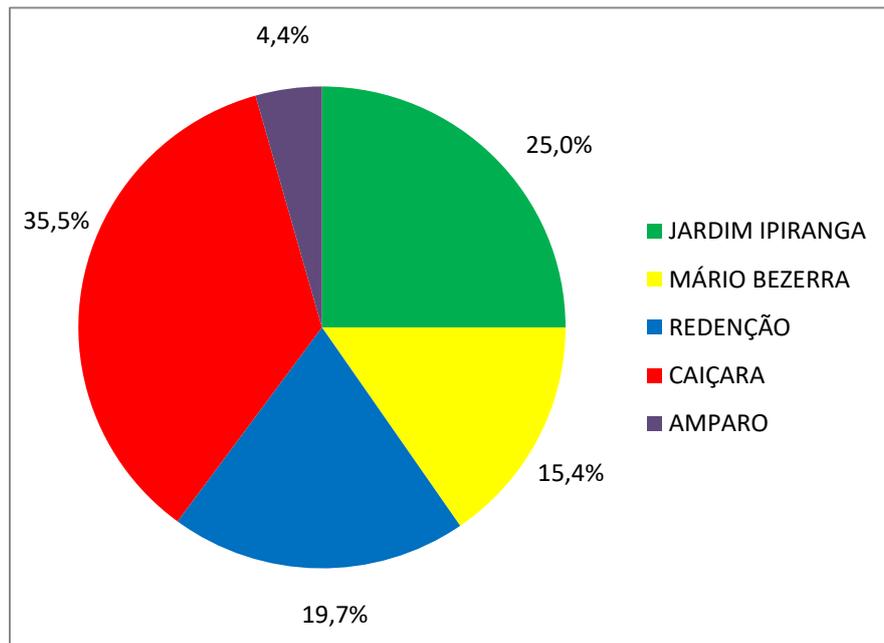
Em relação a idade materna, 58,3% das mães tinha idade entre 16 e 29 anos. No que tange a escolaridade, cinco mães eram analfabetas (2,2%) e em torno de 47% e 48% tinham o primeiro e segundo grau completo e ou incompleto, respectivamente; e, 3,1% tinha curso superior completo e ou incompleto. Referente ao estado civil 39,0% denominou-se solteira e 61,0% referiu ser casada. Quanto a ocupação, 72,8% das mães se autodenominaram "Do Lar", 11,6% disseram estar desempregadas, 6,6% eram produtoras rurais e 8,8% trabalhadoras autônomas (Tabela 1).

Na tabela 02 está descrito a relação entre a condição de excesso de peso e as demais variáveis estudadas. Entre as variáveis associadas ao excesso de peso, a idade da criança inferior a dois anos e o estado civil da mãe (casada) apresentaram associação estatística significativa, com valor de  $p < 0,03$  e  $< 0,06$ , respectivamente e o peso ao nascer com  $p < 0,004$ .

Com relação a condição de excesso de peso e a localização da UBS, apesar dos bairros de Jardim Ipiranga e Caiçara apresentarem maior quantitativo

de crianças investigadas, as prevalências de excesso de peso foram maiores nos bairros de Amparo e Redenção, com associação estatisticamente significativa e valor de  $p < 0,023$  (Tabela 2).

**Gráfico 1** – Distribuição das crianças participantes do estudo de acordo com a localização das Unidades Básicas de Saúde da Família investigadas. Vitória de Santo Antão, PE. 2016.



Fonte: MOURA, K. V, 2016.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, econômicas e antropométricas de crianças atendidas pelo Programa Bolsa Família em Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

Variável	N (228)	%
<b>Sexo da Criança</b>		
Feminino	119	52,2
Masculino	109	47,8
<b>Idade da Criança</b>		
0 a <2 anos	47	20,6
2 a 4 anos	109	47,8
5 a 7 anos	72	31,6
<b>Peso ao nascer</b>		

Baixo peso	30	24,2
Adequado	94	75,8
<b>IMC/IDADE</b>		78,5
Eutrofia	179	
Sobrepeso	29	12,5
Obesidade	20	8,8
<b>Altura/IDADE</b>		
Baixa Estatura	12	5,3
Eutrofia	216	94,7
<b>Idade Materna</b>		
16 a 29 anos	133	58,3
>30 anos	90	39,5
Sem informação	5	2,2
<b>Escolaridade Materna</b>		
Analfabeto	5	2,2
1º grau (Completo e Incompleto)	107	46,9
2º grau (Completo e Incompleto)	109	47,8
Superior (Completo e Incompleto)	7	3,1
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	89	39,0
Casada	139	61,0
<b>Ocupação</b>		
Desempregada	27	11,8
Do lar	166	72,8
Produtor rural	15	6,6
Trabalhador autônomo	20	8,8

---

Fonte: MOURA, K. V, 2016.

**Tabela 2.** Excesso de peso de crianças de 0 a 7 anos atendidas na Estratégia de Saúde da Família, segundo condições socioeconômicas, ambientais e demográficas. Vitória de Santo Antão, PE, 2016.

<b>Excesso de peso</b>			
<b>Variável</b>	<b>N=49</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
<b>Sexo da Criança</b>			
Feminino	24	20,2	0,73
Masculino	25	22,9	
<b>Idade da criança</b>			
0 a < 2 anos	16	34,0	0,034
2 a 4 anos	23	21,1	
5 a 7 anos	10	13,9	
<b>Peso ao nascer</b>			
Baixo peso	1	3,3	0,004
Adequado	26	27,7	
<b>UBS</b>			
Jardim Ipiranga	8	14,0	0,023
Mário Bezerra	4	11,4	
Redenção	16	35,6	
Caiçara	17	21,9	
Amparo	4	40,0	
<b>Escolaridade Materna</b>			
Analfabeto/1º grau	21	18,8	0,4
2º grau/Superior	28	24,1	
<b>Estado Civil Materno</b>			
Solteira	13	14,6	0,06
Casada	36	25,9	
<b>Ocupação</b>			
Não Trabalha	41	21,2	1,00
Trabalha	8	22,9	
<b>Idade Materna</b>			
16 a 29 anos	32	24,1	0,34
>30 anos	16	17,8	

Fonte: MOURA, K. V., 2016.

## 7 DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados do estudo é importante destacar que trata-se de uma população homogênea no que diz respeito a condição socioeconômica, uma vez que a totalidade das crianças pertence a famílias beneficiárias do PBF. Do ponto de vista nutricional, 21,3% das crianças apresentaram excesso de peso, com destaque para a proporção de crianças já na condição de obesidade (8,8%). O que corrobora a achados de outros estudos nacionais e regionais, a exemplo da POF (2008/09) que encontrou 20,1% de menores de cinco anos com sobrepeso, e dos estudos realizados no Paraná por GOES et al., (2012), cuja prevalência foi de 14,8%, e nas zonas urbanas nas cinco regiões Brasil por MÜLLER et al., (2014) cujo percentual foi de 12,0%.

Esses achados convergem com o fenômeno da transição nutricional no Brasil, onde atualmente ocorre um aumento significativo da condição de obesidade em todas as idades e estratos sociais (BATISTA FILHO et al., 2008).

Apesar da considerável prevalência de excesso de peso, o déficit estatura ainda pode ser observado em 5,3% das crianças estudadas, no entanto, esse valor acompanha a tendência da redução verificada em outros achados no Brasil e no Nordeste, equiparando-se ao encontrado nos estudos de Menezes et al., 2011 realizados em Pernambuco e SALDANHA et al., 2014 em Minas Gerais, onde as prevalências encontradas foram 8,7% e 5,8%, respectivamente.

Ao analisar apenas o grupo de crianças com excesso de peso, aquelas com idade inferior a dois anos apresentaram as maiores prevalências quando comparadas as demais, o que pode estar relacionado a maior dependência e cuidados maternos no que diz respeito a alimentação. Corroborando aos achados de OPPITZ et al., (2014), onde a prevalência de excesso de peso variou de 13,2% entre as nascidas com < 2.500 g a 43,4% entre aquelas com idade entre 12 e 23 meses.

Os achados também demonstram uma baixa frequência do registro de peso ao nascimento na Caderneta de Saúde das Crianças, uma vez que apenas 54,3% tinham esse dado preenchido, corroborando com os achados de Palombo et al., (2014), onde apenas 33,8% das cadernetas das crianças apresentavam essa informação, uma forma de mudar isso seria que os profissionais responsáveis por

esse preenchimento atuam-se de uma maneira mais constante, ou se as mães preenchesse esses dados.

No que diz respeito a relação do excesso de peso com o peso ao nascimento, apesar da relevante prevalência de baixo peso ao nascer (24,2%), a quase totalidade das crianças nessa condição apresentavam excesso de peso. Os resultados de estudo realizados com pré-escolares do Rio Grande do Sul e Santa Catarina indicam que o peso ao nascer foi o determinante mais expressivo para maior prevalência do excesso de peso em crianças (SCHUCH et al., 2013). VITOLLO et al., (2008) também indicam em seu estudo que a presença de excesso de peso está positivamente associada ao peso da criança ao nascimento, e que existe menor chance de excesso de peso entre crianças que apresentaram baixo peso ao nascer.

No que consta sobre a localização verificou-se que em cidades do interior ocorre um aumento de excesso de peso em crianças, semelhante aos achados de LEAL et al., (2012) em pesquisa realizadas com crianças no estado de Pernambuco onde verificou-se que as áreas urbanas, em especial o interior urbano apresentou um elevado percentual de excesso de peso (20,7%).

Com relação a escolaridade materna, apesar de não ter apresentado relação de significância com o excesso de peso, os filhos de mães com maior grau de instrução apresentaram maior proporção de excesso ponderal. Achado semelhante ao de Schuch et al., (2013) que observou em seu estudo que a prevalência de sobrepeso em crianças era maior naquelas que tinham mães com grau de escolaridade mais elevado, pois a maioria dessas mães trabalham fora desse modo tentam suprir essa falta, deixando seus filhos com livre acesso a alimentos industrializados em qualquer horário que eles desejam.

Quanto ao estado civil materno, a prevalência de excesso de peso nas crianças foi maior entre as mães que eram casadas (25,9%), isso provavelmente pode estar relacionado a estabilidade financeira que a vida em casal possa proporcionar, uma vez que, quase sempre o chefe da família é o homem e o provedor financeiro da casa, com isso existe um maior acesso aos alimentos, em especial alimentos industrializados, com alto valor calórico e nenhum valor nutricional.

## **8 CONCLUSÕES**

O excesso de peso em crianças do município de Vitória de Santo Antão, PE, encontra-se próximo a diversos estudos realizados no país. A frequência encontrada evidencia que este pode se tornar um problema de saúde, uma vez que essas crianças estariam vivenciando a transição nutricional, uma progressiva redução de baixo peso e aumento da prevalência de excesso de peso, que está relacionada com mudanças demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas. O incentivo a hábitos alimentares saudáveis, através das atividades de educação alimentar e nutricional no âmbito escolar no ensino fundamental e também no ensino médio, pode levar a mudanças no estilo de vida, sendo necessária a investigação e divulgação desses dados para alertar a dimensão dessa realidade e servir de subsídio à implementação de políticas públicas que garantam ações preventivas voltadas aos problemas detectados.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 6, p.1000-1007, 2014. Disponível em:< [http:// http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf)>. Acesso: 05 jun. 2017.
- BATISTA FILHO, Malaquias; SOUZA, Ariani Impieri de; MIGLIOLI, Teresa Cristina. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.247-257, 26 fev. 2008. Disponível em: <[http://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4\\_Artigo%20Malaquias.pdf](http://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4_Artigo%20Malaquias.pdf)>. Acesso: 02 jul. 2017.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.8, p.181-191, 2003. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso: 05 jul. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS - Atenção Primária e Promoção da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília, p.1-200, 2011. Disponível em: <[file:///http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)> . Acesso: 20 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério do desenvolvimento Social e Combate aFome. Manual de Gestão do Programa Bolsa Família 2015. Disponível em : <[ftp://ftp.mds.gov.br/externo/ead/outros/arquivos\\_a\\_enviar/MIOLO%20%20Manual\\_Gestao\\_Bolsa\\_Familia\\_18082015%20-%20print.pdf](ftp://ftp.mds.gov.br/externo/ead/outros/arquivos_a_enviar/MIOLO%20%20Manual_Gestao_Bolsa_Familia_18082015%20-%20print.pdf)>. Acesso em: 11 agos. 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da criança:crescimento e desenvolvimento. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, p.1-217, 2012. Disponível em :< [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento\\_1ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento_1ed.pdf) >. Acesso: 21 abr. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **Núcleo de Apoio À Saúde da Família**, Brasília, p.1-114, 2014. Disponível em :< [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS\\_-\\_Ed.\\_Permanente/Oficia\\_8\\_-\\_Saude\\_Mental/Caderno\\_de\\_Atencao\\_Basica\\_NASF\\_n\\_39.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_de_Atencao_Basica_NASF_n_39.pdf) >. Acesso em: 28 abr. 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, p.1-110, 2006. Disponível em :< [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc\\_obesidade.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2017.
- BRASIL, O Ministro de Estado da Saúde . Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes

Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006**, Brasília, p.1-26, 28 mar. 2006. Disponível em :  
<[http://novo.more.ufsc.br/artigo\\_revista/inserir\\_artigo\\_revista\\_pdf](http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista_pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL., Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de A Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006**, Brasília, v. 4, p.1-60, 2006. Disponível em :  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde**, Brasília, p.1-160, 2011. Disponível em :<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. PNAB POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **Pnab Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, p.1-114, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde .Política nacional de alimentação e nutrição. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**, Brasília, p.1-86, 2013. Disponível em :<  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)>. Acesso em:01maio 2017.

BRASIL Ministério da Saúde . Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**, Rio de Janeiro, p.1-130, 2010. Disponível em :<  
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45419.pdf>>.Acesso em:02 Jul. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretária de Políticas de. Saúde da criança:acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Saúde da Criança:acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**, Brasília, p.1-100, 2002. Disponível em :< [file:///G:/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](file:///G:/crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em : 21 abr.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional Sisvan. **Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN**, Brasília, p.1-122, 2004. Disponível em :<  
[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf)>Acesso em:01 maio 2017.

CABRAL, Marcela Jardim; VIEIRA, Karlla Almeida. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos Avançados**, Maceio, p.71-87, 17 jun. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200006)>. Acesso em :30 abr. 2017.

CARVALHO, Alice Teles de; ALMEIDA, Erika Rodrigues de; JAIME, Patrícia Constante. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n.

4, p.1370-1382, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1370.pdf>>. Acesso: 14 jul. 2017.

COSTA, Suellen de Araújo. GESTÃO DO CADÚNICO E DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: desafios para a universalização do acesso e cobertura do benefício em Barueri, SP. **Revista Nau Social**, Salvador, v. 7, n. 13, p.21-42, 2017. Disponível em: < <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/rs/article/viewArticle/587>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; MACHADO, Juliana Costa. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, São Paulo, v. 33, n. 1, p.54-60, 2013. Disponível em: < <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9220/a08v33n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em :06 jul. 2017.

DAMASCENO, Simone Soares; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9 p.2961-2973, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf> >. Acesso em :05 jun. 2017.

De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ* 2007; 85: 660-7. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16778/1/manual-de-avaliacao-nutricional-e-necessidade-energetica.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

FONSECA, Franciele Fagundes; SENA, Ramony Kris R.; SANTOS, Rocky Lane A. dos. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.258-264, 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038968019.pdf>>. Acesso em :05 jun 2017.

GOERGEN, Isolete Bugs; BOSCO, Simone Morello dal; ADAMI, Fernanda Scherer. RELAÇÃO ENTRE O PESO AO NASCER E O TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO COM O ESTADO NUTRICIONAL ATUAL DE CRIANÇAS. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 3, p.344-350, 2015. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/408/40844684006.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

GOES, Vanessa Fernanda; SOARES, Bruno Moreira; VIEIRA, Daniele Gonçalves. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE PRÉ-ESCOLARES ATENDIDOS NOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE GUARAPUAVA – PR. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, Araraquara, v. 2, n. 1, p.121-129, 25 fev. 2012. Disponível em: < <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewArticle/1887>> Acesso em :17 jun. 2017 .

LEAL, Vanessa Sá; LIRA, Pedro Israel Cabral de; OLIVEIRA, Juliana Souza. Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1175-1182, jun. 2012. Disponível em :<

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600016)>. Acesso em: 24 jun. 2017.

LIMA, Leilson Lira de. NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE: CONCEITOS, DEFINIÇÕES E RELAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS NO SUS. In: MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. **MANUAL DE SAÚDE PÚBLICA**. Salvador: Sanar, 2016, v. 2, n. 1, p. 1-417. Disponível em: <<https://www.editorasanar.com.br/images/p/Trecho%20-%20Manual%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

MÜLLER, Rosângela de Mattos; TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto. urbanas no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.285-296, jun. 2014. Disponível: < [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt\\_1415-790X-rbepid-17-02-00285.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00285.pdf)>. Acesso em : 29 jun. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.4301-4311, 2014. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/630/63032416003/>>. Acesso em : 05 jun. 2017.

MENEZES, Risia Cristina Egito de; LIRA, Pedro Israel Cabral de; LEAL, Vanessa Sá. Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1079-1087, 2011. Disponível em : <[http://novo.more.ufsc.br/artigo\\_revista/inserir\\_artigo\\_revista](http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista)> Acesso:02 jul. 2017.

MENEZES, Risia Cristina Egito de; LIRA, Pedro Israel Cabral de; LEAL, Vanessa Sá. Prevalência e determinantes do excesso de peso em pré-escolares. **Revista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 3, p.231-237, 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572011000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000300009)>. Acesso em :02 jun. 2017.

OLIVEIRA, Ana Flávia de; MATTOS, Ângela Peixoto; BRASIL, Anne Lisédias. Avaliação nutricional da criança e adolescente: manual de orientação departamento de nutrologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.1-116, 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/manual-aval-nutr2009.pdf> . Acesso em :25 maio 2017.

OLIVEIRA, Alessandra Silva; CRISPIM, Adriano Bezerra; LIBERALINO, Laura Camila Pereira. DESMISTIFICANDO O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: IMPACTOS NA VIDA E NO ESTADO NUTRICIONAL DOS BENEFICIÁRIOS. **Revista Científica da Escola da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 4, p.17-31, 2015. Disponível em:< <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/viewFile/709/586>>. Acesso em :15 jul. 2017.

OPPITZ, Isabel Nunes; CESAR, Juraci Almeida; NEUMANN, Nelson Arns. Excesso de peso entre menores de cinco anos em municípios do semiárido. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Rio Grande do Sul, v. 17, n. 4, p.861-872, dez. 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n4/pt\\_1415-790X-rbepid-17-04-00860.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00860.pdf)>. Acesso em :29 jun. 2017.

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira; DUARTE, Luciane Simões; FUJIMORI, Elizabeth. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Revista Esc Enfermagem Usp**, São Paulo, v. 48, n. 1, p.60-67, 05 jul. 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf)>.Acesso em :30 jun. 2017.

SALDANHA, Luany Ferreira; LAGARES, Érika Barbosa; FONSECA, Patrícia Costa. Estado nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado de Minas Gerais. **Revista Med Minas Gerais**, Itaúna, v. 22, n. 3, p.478-485, 18 nov. 2014. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=749271&indexSearch=ID>>.Acesso em : 29 jun. 2017.

SANTOS, Michelle Costa Marques dos; GOUVEIA JUNIOR, Antonio; OLIVEIRA, Paulo Roberto Marques de. A voz do beneficiário: uma análise da eficácia do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, p.1381-1405, 2014.Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/2410/241032422002/>> .Acesso:1 jun. 2017.

SAMPAIO, Juliana; MARTINIANO, Cláudia Santos; ROCHA3, Aline Maria de Oliveira. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Refletindo sobre as Acepções Emergentes da Prática. **Revista Brasileira de Saúde e Ciência**, João Pessoa, v. 17, v. 10 ,n. 1, p.47-54, 2013.Disponível em:< <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/15932/9404>>Acesso: 06 jul. 2017.

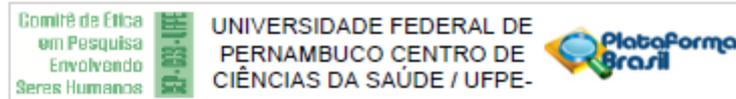
SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.221-232, 2013. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/630/63025587023.pdf>>.Acesso em :05 jun. 2017.

SCHUCH, Ilaine; CASTRO, Teresa G. de; VASCONCELOS, Francisco de A.g. de. Excessweight in preschoolers: prevalenceandassociatedfactors. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 89, p.179-188, 2013. . Disponível em :<http://www.redalyc.org/html/3997/399738198012/>.Acesso em :17 jun. 2017.

VITOLLO, Márcia R.; GAMA, Cíntia M.; BORTOLINI, Gisele A.. Alguns fatores associados a excesso de peso, baixa estatura e déficit de peso em menores de 5 anos. **Jornal de Pediatria**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 3, 30 jan. 2008.Disponível em:<http://www.jpmed.com.br/conteudo/08-84-03-251/port.asp>.Acesso em:18 jun. 2017.

WOLF, Miriam Regina; BARROS FILHO, Antonio de Azevedo. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1331-1338, maio 2014.Disponível em:< [http://novo.more.ufsc.br/artigo\\_revista/inserir\\_artigo\\_revista](http://novo.more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista)>.Acesso:01 jun. 2017.

## ANEXO A- AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA .



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIGILANTES DO FUTURO - Empoderamento da comunidade para realização da vigilância clínica e nutricional: formando multiplicadores

**Pesquisador:** NATHÁLIA PAULA DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34696114.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 790.202

**Data da Relatoria:** 15/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Indicado na relatoria Inicial.

**Objetivo da Pesquisa:**

Indicado na relatoria Inicial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Indicado na relatoria Inicial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Indicado na relatoria Inicial.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Indicado na relatoria Inicial.

**Recomendações:**

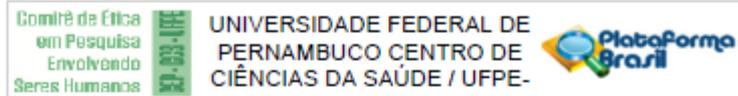
**Recomendação:**

O orçamento indicado no projeto WORD (completo) não está idêntico ao indicado na Informações Básicas

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado com recomendação

**Endereço:** Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-800  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepcci@ufpe.br



Continuação do Parecer: 790.202

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação " e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado .

RECIFE, 12 de Setembro de 2014

Assinado por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCB  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcc@ufpe.br

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA  
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - RESOLUÇÃO  
466/12)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o(a) seu filho(a) para participar como voluntário (a), da pesquisa **ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE**, que faz parte do projeto de pesquisa-ação intitulado “INTERSETORIALIDADE COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA VIGILÂNCIA DO ESTADO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA”. A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Sá Leal, telefone para contato: (81)995574773, inclusive para ligações a cobrar e e-mail: [vanessasaleal@yahoo.com.br](mailto:vanessasaleal@yahoo.com.br). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento. Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

1-avaliar o estado nutricional de crianças menores de sete anos segundo os índices Altura para Idade e Índice de Massa Corporal para Idade;

2-Verificar o preenchimento do calendário vacinal e de informações sobre o crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos;

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo de participação do voluntário(a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas através de questionário), ficarão armazenados em (computador pessoal), sob a responsabilidade do (pesquisador), pelo período mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de

Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – Prédio do CCS - 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)).

---

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B – CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

**CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo **ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DEVIÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE** como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

LOCAL: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data:

Assinatura do (da) Responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE C – QUESTIONARIO APLICADO AS MÃES.**



**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA  
BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO – PE**

**QUESTIONÁRIO**

**NOME DA CRIANÇA :-**

\_\_\_\_\_

**NOME DO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

**IDADE \_\_\_\_\_ ANOS**

**SEXO DA CRIANÇA:1. ( ) MASCULINO 2.( ) FEMININO**

1-DATA DO NASCIMENTO DA CRIANÇA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (PRIORIZE  
CARTÃO DA CRIANÇA)

2- A CRIANÇA POSSUI CERTIDÃO DE NASCIMENTO? 1- ( ) SIM 2 - ( ) NÃO

3- A CRIANÇA POSSUI CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA/CARTÃO DA  
CRIANÇA?

1-( ) SIM (EM MÃOS) 2- ( ) SIM (MAS NÃO ESTA EM MÃOS) 3- ( )  
NÃO

4- A MÃE DA CRIANÇA FEZ O PRÉ-NATAL DURANTE A GESTAÇÃO? 1-( ) SIM  
2- ( ) NÃO

5-ESCOLARIDADE:

1-( ) ANALFABETO	5-( ) SEGUNDO GRAU COMPLETO
2-( ) PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO	6-( ) SUPERIOR INCOMPLETO
3-( ) PRIMEIRO GRAU COMPLETO	7-( ) SUPERIOR (UNIVERSITÁRIO) COMPLETO
4-( ) SEGUNDO GRAU INCOMPLETO	8-( ) ALFABETIZADO SEM TER FREQUENTADO A ESCOLA

6- Quantos anos de estudo? \_\_\_\_\_

## 7-ESTADO CIVIL:

- 1-( ) SOLTEIRO (A)    2-( ) CASADO(A)    3-( ) MORA COM  
COMPANHEIRO(A)
- 4-( ) SEPARADO(A)    5-( ) VIÚVO(A) 6-( ) OUTROS

## 8-OCUPAÇÃO:

- 1-( ) DESEMPREGADO    2-( ) DO LAR    3-( ) ESTUDANTE 4-( )  
APOSENTADA (O)

- 5-( ) TRABALHADOR ASSALARIADO

EMPREGO:

\_\_\_\_\_

- 6-( ) EMPREGADA DOMÉSTICA

- 7-( ) PRODUTOR RURAL

- 8-( ) PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO

- 9-( ) EMPRESÁRIO

- 10-( ) FUNCIONÁRIO PÚBLICO

OUTROS: \_\_\_\_\_

## 9-A FAMÍLIA É BENEFICIÁRIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ?

- 1-( ) SIM    2-( ) NÃO

**DADOS ANTROPOMÉTRICOS :**

10-PESO DA CRIANÇA AO NASCER (G) (DADO COLETADO DO CARTÃO DA CRIANÇA): \_\_\_\_\_

11- TEM PESO REGISTRADO PELO MENOS DUAS VEZES NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

- 1-( ) SIM    2-( ) NÃO

12-COMPIMENTO AO NASCER (CM) ? \_\_\_\_\_

13-PESO ATUAL DA CRIANÇA (KG) ? \_\_\_\_\_

14-ALTURA ATUAL DA CRIANÇA (CM)? \_\_\_\_\_

15-ÍNDICE DE MASSA CORPORAL? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D – FOTOS AUTORIZADAS NOS DIAS DAS COLETAS DE DADOS**



