



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NA
PERCEPÇÃO DE MULHERES ASSISTIDAS EM SOBRAL, CEARÁ**

FORTALEZA
2011

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NA
PERCEPÇÃO DE MULHERES ASSISTIDAS EM SOBRAL, CEARÁ**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado

Co-orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Lindsay

Fortaleza-CE
2011

M8861 Moreira, Andréa Carvalho Araújo

Limites e possibilidades do Programa Bolsa Família, na percepção de mulheres assistidas em Sobral, CE / Andréa Carvalho Araújo Moreira. – Fortaleza, 2011.

132 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, Ceará.

1. Saúde da Criança 2. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação 3. Nutrição do Lactente 4. Atenção Primária à Saúde
I. Machado, Márcia Maria Tavares (orient.) II. Título.

CDD:362.5

ANDRÉA CARVALHO ARAÚJO MOREIRA

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NA
PERCEPÇÃO DE MULHERES ASSISTIDAS EM SOBRAL, CEARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Aprovada em: 22/06/2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias (Membro efetivo)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico este trabalho a Deus, que me concedeu o dom da vida e nela poder vivenciar o matrimônio, a maternidade, o trabalho e a pesquisa. Por ele é possível conciliar todos os nossos sonhos e sermos felizes!

Aos meus queridos filhos, Vítor e Arthur, que compreenderam que a Mamãe também tinha escola e precisava estudar... A minha querida Sofia, alegria inesperada enviada por Deus e que esteve comigo literalmente durante este processo.

Ao meu amado Francielery, com quem pude compartilhar tudo durante esta caminhada, inclusive o cuidado dos nossos filhos; sem seu apoio e incentivo nada teria sido possível. Essa conquista é nossa!

Vocês - Vítor, Arthur, Sofia e Francielery - constituíram fonte de amor, sabedoria e força, dimensões necessárias para concluir este trabalho tão importante da minha vida. Amo vocês!

Agradecimento especial

À professora doutora Márcia Maria Tavares Machado que me aceitou como sua orientanda e me fez acreditar que era possível, mesmo nos momentos mais difíceis. Pelo rico aprendizado que pude vivenciar ao seu lado, pelas lições de vida que pôde me proporcionar. Você é um exemplo de mestre e pessoa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela graça de ter concluído este trabalho.

Às mães que aceitaram fazer parte do estudo, pela sua disponibilidade e abertura, pelo enriquecimento que foi, compartilhar um pouco da vida de cada uma. Sem a colaboração de vocês, o estudo não poderia haver sido efetivado. Muito obrigada!

À minha família amada, que sempre me acolheu nas voltas para casa. Obrigada por tudo!

À minha mãe, Teresinha, pelo apoio nas horas necessárias. Você será sempre um exemplo de vida!

Aos meus irmãos Andrinne e Paulo Alceu, pelo amor fraterno; constituímos uma família admirável!

À minha querida Mírian, sobrinha e afilhada, por sua serenidade.

À Beth, Neide, Tia margarida e Tio Barbosa, que me acolheram no seu lar para que eu pudesse realizar o mestrado em Fortaleza. Jamais vou esquecer o carinho, os momentos de fé e a paz que reina nos seus lares!

À professora doutora Ana Lindsay, coorientadora, que contribuiu com a realização deste estudo nas suas vindas ao Brasil. Obrigada pela atenção!

Às professoras doutoras Maria Socorro de Araújo Dias e Maria Lúcia Magalhães Bosi, por terem aceitado com carinho o convite para compor a banca examinadora de qualificação e prestado grandes contribuições para o trabalho.

À amiga Ana Helena Bonfim, pela pessoa companheira que você é, pela escuta, pelo ombro amigo, pelo que pude apreender estando ao seu lado nas idas e vindas de Fortaleza. Que nossa amizade possa se fortalecer cada vez mais.

À amiga Adelane Monteiro, que sempre me incentivou a lutar pelo mestrado fazendo-me acreditar que era um sonho possível. Você é um exemplo de pessoa pra mim. Obrigada pela amizade, pelo carinho e apoio sempre!

Ao grupo da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, especialmente às Profas. Dras. Socorro Dias, Francisca Lopes e Alzeni Ponte, que compreenderam os momentos de dedicação a este trabalho. Meu muito obrigada!

Ao grupo de coordenadores e professores do Curso de Enfermagem das Faculdades INTA que me incentivaram a concluir este ideal.

Ao grupo de mestrandos, com o qual dividi meus momentos, aprendi e cresci muito. Em especial, Ana Helena, Bárbara, Solange e Álvaro, com quem compartilhei muitos momentos. Obrigada pelo apoio nessa caminhada.

À Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral, pela autorização necessária à realização da pesquisa.

À FUNCAP, pela bolsa de mestrado concedida, contribuindo para o conhecimento na área da Saúde Pública. Obrigada!

Enfim, meu muito obrigada a todos os amigos, familiares, colegas de profissão que incentivaram, apoiaram, pelas palavras amigas e pelo carinho que me fortaleceram nessa caminhada. Obrigada a todos.

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) caracteriza-se como um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. Dentre seus princípios, visa a contribuir para a melhoria da situação alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Portanto, estabeleceu-se como objetivo para este estudo compreender como o PBF contribui para as práticas nutricionais de crianças de zero a cinco anos, na percepção das mães beneficiadas, em Sobral-Ceará. Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de março a dezembro de 2010 no Município de Sobral-CE. Os sujeitos do estudo corresponderam a 19 mães residentes na zona urbana e 9 mães residentes na zona rural. Para coleta das informações, foram utilizadas técnicas de entrevista individual e grupo focal. As informações referentes às entrevistas e grupo focal foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Submetemos o discurso das participantes à análise do discurso. A categorização do material empírico indicou como eixos centrais de análise: 1) A espera pelo benefício; 2) O que se faz com o dinheiro recebido pelo PBF; 3) O que comiam e o que comem as crianças do PBF; 4) Fatores que interferem na prática alimentar da criança beneficiada com o PBF; 5) Como ocorrem a aquisição, seleção e preparo dos alimentos das crianças beneficiária do PBF e 6) Sugestões apontadas pelas mães para melhoria do PBF. Percebeu-se que as mães, ao saberem que foram contempladas pelo PBF, ficam felizes por terem a segurança de uma renda fixa e a possibilidade de adquirir bens materiais para a família, além de alimentos. A análise do material discursivo sugeriu a presença de limitações do Programa, quando revela uma longa espera pelo benefício, falta de seguimento das famílias para orientação, suporte e “empoderamento” das famílias, em busca de sua autonomia e autossuficiência, além do valor recebido, sugerindo aumento do recurso e maior fiscalização na inserção de famílias elegíveis e desenvolvimento de programas de geração de emprego e renda. Na perspectiva das mães, houve melhoria na variedade da alimentação dos filhos, quando o recurso ensejou a compra de alimentos básicos para aliviar a fome, bem como a aquisição de produtos industrializados (especialmente iogurtes, achocolatados e biscoitos), antes não possíveis, porém desejados. Apreendeu-se, também, a raridade no uso de frutas regionais, legumes e verduras no cardápio das crianças. Essa distorção de práticas alimentares saudáveis passa a ser visível, quando se insere um recurso às famílias, sem uma apropriada orientação de profissionais que acompanham essas crianças, oferecendo um alimento hipercalórico e sem os nutrientes essenciais para um bom crescimento infantil. Desta forma, percebem-se a necessidade contínua de articulação intersetorial no contexto das políticas públicas nutricionais de saúde, bem como a atuação multidisciplinar, para promover alimentação saudável infantil e da população brasileira, em geral. Reverter o modelo de assistência ainda hegemônico implica buscar uma assistência integral, equânime, e que garanta a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos inseridos no processo.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. Bolsa Alimentação. Nutrição Infantil e Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Bolsa Família (BFP) is a program of direct income transfer that benefits families in poverty and extreme poverty. Among its principles is to contribute to improving food and nutrition situation of the families benefited. Therefore, it was established as a goal for this study to understand how the Bolsa Família Program (BFP) contributes to the nutritional practices of children aged 0 to 5 years in the perception of mothers benefited, in Sobral, Ceará. Exploratory-descriptive study with a qualitative approach, carried out from March to December 2010 in Sobral, CE. The study subjects consisted of 19 mothers living in urban areas and 09 mothers living in rural areas. For data collection we used the techniques of interview and focus group. Information related to interviews and focus groups were taped and later transcribed. We subject the discourse of participants to discourse analysis. The categorization of empirical data indicated as central axes of analysis: 1) Wait for the benefit, 2) What is done with the money received by BFP, 3) What ate and what eat the children of BFP 4) Factors influencing Eating habits of children benefited from the BFP, 5) How does the acquisition, selection and preparation of foods for children in benefited by the BFP, 6) Suggestions for improvement of the program cited by the mothers of BFP. It was noticed that when the mothers realized they were covered by BFP became happy to have the security of a fixed income and the ability to acquire material goods for the family, besides food. The analysis of the discursive material suggested the presence of limitations of the program, revealing a long wait for benefits, the lack of follow-up of families for guidance, support and empowerment of families in search of their autonomy and self-reliance, the value received , suggesting an increase of the resource. Still, more oversight on the insertion of eligible families and developing programs to generate employment and income. In view of the mothers there was an improvement in the variety of food to children, when offered them to buy basic food to alleviate hunger, and the acquisition of manufactured products (especially yogurt, chocolate milk and cookies), not previously possible, but desired. It was also learned, the rare use of regional fruits and vegetables on the menu for children. This distortion of healthy eating habits becomes visible when you insert a resource to families, without a proper guidance from professionals who follow these children, offering a hyper-caloric food and without the essential nutrients for good growth in children. Thus, we see the continuing need for intersectoral coordination of public policies in the context of nutritional health, and multidisciplinary approach to promotion of healthy eating of children and of the Brazilian population in general. Reversing the hegemonic model of care involves seeking for a integral health care, equitable and that ensures the quality of life and independence of the subjects included in the process.

Keywords: Child Health. Programs and Policies for Nutrition and Food. Bolsa Alimentação Program. Child Nutrition and Primary Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS

CNAN	Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição
CNSA	Conferência Nacional de Segurança Alimentar
COBAL	Companhia Brasileira de Alimentos
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DASP	Departamento de Administração do Setor Público
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
IBASE	Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas
IGD	Índice de Gestão Descentralizada
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCA	Programa de Complementação Alimentar
PCCE	Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas
PFZ	Programa Fome Zero PNA- Plano Nacional de Alimentação
PGRM	Programas de Garantia de Renda Mínima
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNME	Programa Nacional de Merenda Escolar
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PRODEA	Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PROCAB	Projeto de Aquisição de Alimentos em Áreas de Baixa Renda
PROAB	Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda
PNLCC	Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SENARC	Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SSAN	Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
STAS	Serviço Técnico de Alimentação Social
TCR	Transferência Condicionada de Renda

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ESTADO DA ARTE	17
2.1	Recuperação histórica dos programas nutricionais no Brasil	17
2.2	Programa Bolsa-Família (PBF)	30
2.2.1	Caracterização do Programa Bolsa-Família	32
2.3	O ideário da alimentação infantil (0 a 5 anos)	38
2.3.1	Transição nutricional: o paradoxo das demandas nutricionais infantis	45
2.4	Práticas alimentares e subjetividade	49
2.4.1	Estudos sobre práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo PBF	53
3	OBJETIVOS	60
3.1	Objetivo Geral	60
3.2	Objetivo Específico	60
4	METODOLOGIA	61
4.1	Campo do Estudo	61
4.2	Informantes do Estudo	63
4.3	Procedimentos e instrumentos para coleta das informações	65
4.4	Análises das Informações	70
4.5	Aspectos legais e éticos da pesquisa	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	74
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	74
5.2	TEMÁTICAS CENTRAIS E SUBCATEGORIAS	78
5.2.1	A inserção das mães no Programa Bolsa Família	79
5.2..2	Repercussões na alimentação da criança de zero a cinco anos com recursos procedentes do PBF	87
5.2.3	Limites e possibilidades relacionadas ao PBF	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	110
	APÊNDICES	125
	ANEXOS	131

1 INTRODUÇÃO

Nossas experiências profissionais permitiram a aproximação com a temática em estudo. Atuando no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Município de Sobral, Ceará, o vínculo com os indivíduos, famílias e comunidades num dado território favoreceu um contato real, cotidiano, com essa população, provocando uma reflexão crítica sobre as políticas sociais e de saúde no Brasil em confronto com as necessidades de saúde da população, de forma especial, a Saúde da Criança.

Logo após a graduação, no ano de 2002, cursando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, inserimo-nos na equipe de saúde do Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro, como enfermeira da macroárea do Sem-Terra, da periferia de Sobral, Ceará. Tal denominação local condiz com o perfil social desta comunidade caracterizada pela extrema pobreza, sem moradia digna, alimentação, emprego, presença da criminalidade e tráfico de drogas, enfim, sem condições favoráveis para a sobrevivência de um cidadão.

Para sempre ficará na nossa memória a primeira visita domiciliar a uma puérpera e recém-nascido, sendo a família composta por dez membros, residindo num domicílio com dois cômodos, num ambiente escuro, sujo, sem condições hidrossanitárias satisfatórias. Chegava próximo ao meio-dia, quando adentramos com todo um conhecimento técnico-científico sobre os cuidados gerais ao recém-nascido e do puérpério, com objetivo de orientar à mãe e família, porém, ao presenciarmos a situação de fome daquela família, com crianças chorando, por não terem o que comer, tal circunstância nos inquietou, promovendo um sentimento de impotência.

Ultrapassando o crescimento profissional, técnico, essa vivência nos possibilitou também um desenvolvimento pessoal, uma indignação com a problemática das desigualdades sociais em nosso País. Ao mesmo instante que nos traz uma responsabilização, pela realidade atual e um desafio de contribuir para transformar as políticas sociais vigentes.

Com efeito, sobre a assistência à saúde da criança, estávamos num momento de implementação do Programa Bolsa Família (PBF), que, ao nosso ver, minimizava a situação de pobreza, e, de certa forma, garantia uma fonte de renda às famílias cadastradas. Assim sendo, no seu ideário, as crianças beneficiadas teriam acesso a uma alimentação saudável; em contrapartida, seriam acompanhadas pelo serviço de saúde, obrigatoriamente comprometido com a educação.

Percebíamos, no entanto, que os profissionais de Saúde da Família não se preocupavam em conhecer quais eram as famílias beneficiadas pelo PBF existentes na sua área adscrita. Consequentemente, não era trabalhadas com essa população ações de promoção da alimentação saudável. Na vivência da Estratégia Saúde da Família, contudo, o que temos acompanhado é uma redução do quadro de desnutrição, porém um aumento de obesidade infantil e carências nutricionais.

O PBF é considerado iniciativa inovadora social tomada pelo Governo brasileiro, chegando até o presente momento, a uma cobertura de cerca de 11 milhões de famílias, abrangendo 46 milhões de pessoas (BRASIL, 2009). Destas famílias, grande parte compreende a população de baixa renda do País.

Trata-se de um programa de transferência direta de renda, com certas condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 140,00) e extrema pobreza (com renda mensal por pessoa de até R\$ 70,00). O PBF unificou quatro programas federais (Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Auxílio-Gás e o Cartão-Alimentação), no âmbito da estratégia Fome Zero, que visa a assegurar o direito humano à alimentação adequada, promovendo a segurança alimentar e nutricional, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza, bem como a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome (BRASIL, 2009).

Maluf (2009) recupera o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) definido na II Conferência Nacional de SAN, em Olinda- PE, no ano de 2004, ao concluir que o direito a alimentação adequada vinculado à intersetorialidade das ações diferencia-se dos usos correntes da “segurança alimentar” utilizados por governos e organismos internacionais.

Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitam a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAN. OLINDA, 2004).

A distribuição dos beneficiários do PBF pelas regiões aponta que o Nordeste, concentra metade do total das famílias beneficiadas. Em 2004, a Região totalizava 3,3 milhões de famílias, o equivalente a 50,5%. Em 2007, o número de famílias atendidas pelo PBF já era de 5,6 milhões, representando 50,47%, um crescimento de 67,9% em relação ao ano de 2004. Em seguida, a região Sudeste apresenta a segunda maior participação. Em média, considerando os anos de 2004 a 2007, a região teve participação de 26,3%, enquanto

as demais regiões (Sul, Norte e Centro-Oeste) apresentaram uma distribuição espacial média de 10,0%, 8,8% e 5,1%, respectivamente (PEQUENO, 2009)

O Município de Sobral-CE, com estimativa populacional de 180.046 habitantes em 2009, atualmente tem 18.459 famílias beneficiadas pelo PBF (SENARC, 2009). Em contrapartida, as famílias beneficiadas se comprometem a cumprir as condicionalidades do programa nas áreas de saúde e educação, que são: manter as crianças e adolescentes em idade escolar frequentando a escola e cumprir os cuidados básicos em saúde, ou seja, o calendário de vacinação, para as crianças entre zero e seis anos, e a agenda pré e pós-natal para as gestantes e mães em amamentação (BRASIL, 2009).

Dentre os seus propósitos, o PBF objetiva cobrir importantes resultados: oferecer suporte, efetivamente, às famílias que dele necessitam e que atendam aos critérios de inclusão; ajudar a reduzir a extrema pobreza e a desigualdade, e contribuir para a melhoria da situação alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Visa, também, a incentivar o cuidado das famílias para com seus filhos nos aspectos referentes a saúde e educação. Assim sendo, objetiva favorecer a quebra do ciclo de transmissão intergeracional da pobreza e reduzi-la no futuro.

É óbvio pensar, contudo, que a melhoria da renda das populações pobres tenha causado impacto na questão da segurança alimentar. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2004, em seu suplemento de Segurança Alimentar, identificou o fato de que a proporção de insegurança alimentar de natureza grave diminuiu progressivamente à medida que aumentam os rendimentos médios, mesmo em população de baixa renda. Assim, a proporção de insegurança alimentar moderada ou grave, em 2004, era de 61,2% na faixa de rendimento de até 1/4 de salário mínimo (SM) *per capita*, passando a 37,2% nas faixas de mais de 1/4 a 1/2 e de 19% na faixa de mais de 1/2 a 1 SM *per capita* (IBGE, 2006).

Questionamos, entretanto, se a garantia das práticas alimentares adequadas e a segurança alimentar estão condicionadas apenas à melhoria econômica da população. Essa reflexão decorre do fato de que podemos estar enfrentando a problemática da disponibilidade de muitos produtos de baixo valor nutricional a preços relativamente acessíveis; a influência da mídia, incentivando o consumo desses produtos, dos valores simbólicos e culturais da alimentação construídos historicamente, especialmente no grupo infantil; a dificuldade de muitas mães que necessitam trabalhar deixem seus filhos sob cuidados de terceiros e providenciam alimentos que são mais fáceis e rápidos no preparo; todos esses fatores dificultam a promoção de uma alimentação saudável, principalmente na atenção à criança.

Até o momento, estudos sobre práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo PBF ainda são limitados. É importante registrar o fato de que o estudo bibliográfico que realizamos no mês de janeiro de 2010 nas fontes do The Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual do PBF sobre “práticas alimentares das crianças e suas famílias beneficiárias do PBF”, nos últimos sete anos, detectam poucos trabalhos na área. No total, foram 11 artigos revisados.

Vale enfatizar que apenas dois artigos (02) eram de abordagem qualitativa. Não pretendemos negar a importância de pesquisas que abordam os aspectos biológicos e epidemiológicos do tema em foco, ao contrário, eles necessitam ser pesquisados constantemente. Restringir, porém, as discussões apenas aos aspectos mencionados limita o conhecimento, na medida em que as práticas alimentares são consideradas um ato social, imbricado por múltiplos fatores, principalmente no mundo infantil.

Neste âmbito, portanto, poucos estudos exploram as práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo PBF sob o enfoque subjetivo, de forma a considerar o contexto social, econômico e cultural dessa população. Em resposta a esta necessidade, propomos realizar uma pesquisa exploratória essencial para a saúde pública, que trará maiores dados para subsidiar o planejamento de intervenções no enfoque da promoção da alimentação saudável à criança. Assim sendo, o estudo proposto pretende responder ao seguinte questionamento: *O que as mães compram de alimentos para seus filhos menores de cinco anos, desde o seu cadastramento no Programa Bolsa-Família? Como essas mães avaliam e utilizam o PBF no auxílio às suas vidas cotidianas, especialmente nas condições nutricionais de seus filhos?*

Acreditamos que esta investigação contribuirá para o desenvolvimento de futuros estudos. Em um curto prazo, a pesquisa produzirá informações para propor intervenções e subsídios, com base em informações coletadas, para a proposição de um estudo de grande escala, que poderá, efetivamente, analisar a questão da insegurança alimentar e práticas alimentares de crianças de baixa renda entre os municípios do Ceará e em outros estados do Brasil.

2 ESTADO DA ARTE

A revisão bibliográfica desta pesquisa fundamentou-se nos diversos campos que permeiam o fenômeno complexo das práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo o Programa Bolsa Família (PBF). Primeiro, sob um enfoque político, buscamos uma recuperação histórica dos programas nutricionais no Brasil até o momento em que surge o Programa Fome Zero, em meados de 2000. Em outro capítulo, retratamos o Programa Bolsa-Família, caracterizando e discorrendo sobre sua funcionalidade. Após, entramos na discussão da alimentação infantil dentro dos aspectos biomédicos e, por fim, agregamos os aspectos inerentes à subjetividade das práticas alimentares, visando a exibir aspectos simbólicos e culturais deste fenômeno.

2.1 Recuperação Histórica dos Programas Nutricionais no Brasil

Conhecer o processo histórico-social no contexto das políticas públicas de alimentação e nutrição nos auxiliará na compreensão de como o debate sobre alimentação e nutrição se deu ao longo de nossa história, como também na interpretação dos princípios ideais dos programas nutricionais vigorados mais recentemente ante as necessidades da população.

Até meados de 1940, não temos nenhuma intervenção política de repercussão nacional inerente a alimentação e nutrição. Conforme Silva (2006), durante esta época, a fome era considerada um fenômeno natural. Tal concepção se pauta em alguns aspectos: ausência de grandes concentrações urbanas que demonstrassem o caráter estrutural desse fenômeno, com a escassez de meios de comunicação e a desorganização política de uma parcela da população empobrecida, e o fato de o Estado e as elites optarem por esta ideia como a mais verdadeira, de forma a absterem-se da responsabilidade de intervir para resolver o problema.

Com a urbanização e industrialização do País, entretanto, a classe trabalhadora entrou no cenário político brasileiro questionando melhores condições de vida, de forma paralela. As pesquisas da época, em especial, a desenvolvida por Josué de Castro, em 1946, publicada no livro *Geografia da Fome, A Fome no Brasil*, mostraram que a origem da fome era consequência da desigualdade social (ANDRADE, 1997). Desde então, tem curso a expressão questão social, utilizada primeiramente por cientistas sociais.

Para Silva (2006), a questão social tem estreita relação com o flagelo social. Pode-se dizer que o flagelo social é a questão social quando este deixa de ser apenas referente às necessidades dos indivíduos e passa a se constituir em demandas trazidas pelos sujeitos ao quadro político.

O autor acrescenta que a transformação de necessidades em demandas passa a ser objeto de debates, confrontos e interesses distintos entre os sujeitos, representantes do Estado e de outros setores da sociedade no terreno político. O consenso criado neste panorama se materializa na política social que, por sua vez, se expressa em uma decisão governamental.

Fleury (1994, p.43) assevera que a política social é;

a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, mediadas pela intervenção do Estado, e envolvendo pelo menos três atores principais: a burocracia estatal, a burguesia industrial e os trabalhadores urbanos.

Assim sendo, está intrinsecamente relacionada à noção de cidadania, uma vez que, ao propiciar a elaboração de políticas, contribui concomitantemente para sua formulação.

Seguindo o mesmo raciocínio, Burlandy (2007, p. 2) apresenta claramente sua concepção de política ou programa social.

o formato de uma dada política ou programa social é resultante de um complexo processo de intermediação de interesses, representados sob as mais variadas formas organizacionais e com diferentes graus de poder de influência na agenda governamental. Expressa, desse modo, uma opção política, construída sob certas condições materiais, a partir de embates e alianças forjados por atores sociais diversos com capacidades também distintas de interferência no processo decisório de formulação de políticas públicas.

Corroborando a idéia de Escoda (1989), entendemos que a questão nutricional deve ser compreendida no âmbito geral da questão sanitária da população. Luz (1989 apud PINTO 2009) enfatiza que a política de alimentação e nutrição constitui a forma que o Estado utiliza para contornar a questão alimentar e nutricional. Para tanto, pode-se utilizar de planos de nutrição, explícitos ou não. A política está além do projeto escrito, está presente na prática para adotar medidas que conduzam a questão.

De repercussão nacional, contudo, e de forma concreta, tivemos uma intervenção política de impacto na alimentação e nutrição no Brasil somente a partir do Governo Vargas. Embora Uchimura e Bosi (2003), em seus estudos, relatem que a intervenção do Poder Público no setor da alimentação no Brasil, surgiu em meados de 1918, com a criação do Comissariado de Alimentação Pública, órgão com a finalidade de controlar os estoques e tabelar os preços dos gêneros alimentícios, Vasconcelos (2005) aponta que as ações

específicas de política social de alimentação e nutrição foram implementadas somente ao longo do Governo de Vargas.

A primeira intervenção política de alimentação e nutrição surgiu na década de 1940, com a definição de um salário mínimo. Anunciado pelo presidente Getúlio Vargas, em 1º de maio de 1940, o piso salarial passou a ser um direito de todo trabalhador, sendo este definido, sobretudo, com base no critério da alimentação, que considerava as necessidades nutritivas dos trabalhadores de acordo com as diferenças regionais do País e cujo custo deveria corresponder entre 50% e 60% do salário mínimo (SILVA, 2006).

Ainda na década de 1940, Getúlio Vargas criou o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), que era administrado pelo Departamento de Administração do Setor Público (DASP). O SAPS tinha como principais atribuições atender os segurados da previdência social; selecionar produtos e baratear preços; educar em uma perspectiva de solucionar os problemas de ordem alimentar e nutricional; promover a instalação e funcionamento de restaurantes e fornecer alimentos básicos. O SAPS implantou uma grande rede de restaurantes destinada aos trabalhadores (SILVA, 2006).

Percebemos, então, que as intervenções eram direcionadas aos trabalhadores formais, sendo um modelo excludente, pois não beneficiavam os outros cidadãos que não tinham renda ou trabalhadores informais. Para Silva (2006) mesmo caracterizando uma política pública calcada em uma concepção regulada da cidadania o SAPS ampliou alguns benefícios para toda a população, uma vez que intervinha no mercado de alimentos, utilizando postos móveis nas feiras livres, onde eram oferecidos produtos a preços inferiores aos do mercado.

Ressaltamos que o SAPS realizou pesquisas que comprovaram o deficit nutricional de uma parcela significativa dos filhos dos trabalhadores e ficou na contingência de elaborar projetos nas áreas de emprego, formação de mão de obra e alfabetização de adultos. Isto aconteceu em virtude da situação de um desafio (a fome) que cobrava políticas públicas e mudanças estruturais no País.

Em 1943, foi criado o Serviço Técnico de Alimentação Social (STAS), que tinha como objetivo propor medidas para a melhoria alimentar e, logo em seguida, no ano de 1945, criada a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), que tinha como missão propor uma política nacional de nutrição.

A CNA, *a priori*, era vinculada à área econômica, como órgão do Conselho Federal de Comércio Exterior, e passou a ser regulamentada e transferida, no ano de 1951, para o Ministério da Saúde. Neste período, seguindo orientações da Organização para a

Agricultura e Alimentação das Nações Unidas e da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou, em 1953, o Plano Nacional de Alimentação (PNA), que, segundo Burlandy (2003), foi marcado por ações de suplementação alimentar para grupos biologicamente vulneráveis (SILVA, 2006).

No ano de 1955, foi institucionalizado o Programa Nacional de Merenda Escolar (PNME), que teve seu marco inicial no Decreto nº 37.106, instituindo a Campanha de Merenda Escolar, subordinada ao Ministério da Educação.

O PNME passa por mudanças de nome, de vinculação institucional e de estratégias, mas manteve seu foco na suplementação alimentar aos escolares de escolas públicas ou filantrópicas conveniadas. O Programa justifica-se pela oportunidade de garantir aos escolares acesso a uma melhor alimentação, de forma permanente e, assim, contribuir para o melhor desempenho escolar e para reduzir evasão. Dessa forma, pode-se considerar que o PNAE atua na promoção da segurança alimentar para esse grupo social prioritário (SANTOS *et al.*, 2007).

Tais políticas discutidas até o momento remontam ao período de 1940 a 1970. Corroborando Burlandy (2003), as políticas desta época caracterizaram-se por serem verticais e centralizadas, por terem uma forte perspectiva desenvolvimentista e por associarem o flagelo social (fome e desnutrição) ao subdesenvolvimento. Quase todas essas políticas foram extintas, com exceção da merenda escolar, que vigora até hoje.

Com o fato marcante da ditadura militar em nosso país, além da extinção de algumas políticas, percebeu-se uma ruptura da discussão da fome como produto da desigualdade social. Assim sendo, substituiu-se essa discussão pelo conceito nutricional, incorporando o problema como se fosse exclusivamente de ordem biológica.

Em 1972, contudo, apareceu o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), este órgão, vinculado ao Ministério da Saúde, que passou a ser o centralizador da política alimentar por meio dos vários programas nacionais de nutrição. O primeiro deles foi o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN I), que era composto de vários subprogramas, tendo como objetivos prioritários a assistência alimentar aos grupos vulneráveis e a promoção de programas de educação nutricional, no entanto não chegou a ser operacionalizado (LIMA; OLIVEIRA; GOMES, 2003).

No decorrer dos anos seguintes, as políticas e programas passaram a enfatizar a assistência alimentar e nutricional ao grupo materno-infantil e aos escolares, destacou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM; o Programa Nacional de

Alimentação Escolar – PNAE e o Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas – PCCE (SILVA, 1995; LEÃO; CASTRO, 2007)

Em 1976, foi criado o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN II), caracterizado por uma estrutura dirigida aos grupos mais carentes, urbanos e rurais. Conforme Uchimura e Bosi (2003), o PRONAN II se manteve até 1985, atuando em três vertentes - suplementação alimentar a diversos grupos da população; racionalização do sistema de produção de alimentos, com ênfase no estímulo ao pequeno produtor, e combate às carências nutricionais apoiado, em medidas de natureza técnica e tecnológica.

Na vertente de suplementação alimentar, incluíam-se programas como o de Nutrição em Saúde (PNS), que distribuía alimentos *in natura*, cobrindo 45% das necessidades nutricionais diárias de crianças, gestantes e nutrizes. Ainda o Programa de Complementação Alimentar (PCA), sob a coordenação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), do Ministério da Previdência, que atendia com alimentos formulados a sua rede assistencial. O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que funcionava desde 1954, sob a coordenação da Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE) e, posteriormente, da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), do Ministério da Educação e Cultura, provendo merenda para escolares de sete a 14 anos de idade, e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), criado em 1977, sob a coordenação do Ministério do Trabalho, que, mediante incentivo fiscal, possibilitava às empresas fornecer refeições aos trabalhadores (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Na vertente de racionalização da produção de alimentos, Uchimura e Bosi (2003) sublinham dois programas - o Projeto de Aquisição de Alimentos em Áreas de Baixa Renda (PROCAB) e o Programa de Abastecimento de Alimentos Básicos em Áreas de Baixa Renda (PROAB).

O PROCAB adquiria os alimentos básicos diretamente do produtor, por intermédio da Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL), do Ministério da Agricultura, para programas do PRONAN, e o PROAB abastecia os pequenos varejistas de áreas carentes, com alimentos básicos e preços reduzidos.

Pinheiro (2008, p.4) faz uma análise crítica das estratégias executadas pelo INAN e acentua que as contradições existentes nas políticas públicas atuais já eram percebidas nesta época.

[...] o INAN tinha como finalidade principal propor e coordenar uma política nacional de alimentação, além de elaborar e propor o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e funcionar como um órgão central de articulação das ações de alimentação e nutrição. No entanto, nesta época, uma situação paradoxal já sinalizava uma contradição permanente no contexto das políticas públicas de

Estado: a “tentativa” de conciliar um conjunto de ações e projetos que visem defender e organizar o acúmulo de capital (interesses econômicos) *versus* uma proposta de políticas de alimentação e nutrição que visem à garantia da saúde e bem-estar social da população (interesses sociais). Se, por um lado, havia uma perspectiva interdisciplinar e articuladora do tema, através da proposta do PRONAN II (com integração dos componentes relacionados à produção e ao consumo alimentar), por outro lado, houve um claro investimento em políticas econômicas e agrícolas que privilegiaram a concentração de renda e terras, além da não liberação de recursos financeiros para consolidação da proposta do PRONAN II. A escassez de recursos destinados à implantação do PRONAN demonstrava uma nítida falta de interesse do tema na agenda política brasileira.

Observamos, contudo, no final da década de 1980, uma ausência de priorização dos programas de abastecimento popular de alimentação. Durante o período de 1984-1988, período da Nova República, algumas políticas de alimentação e nutrição permaneceram, as quais foram o PROAB, PAT, PNS, que passou a ser chamado de Programa de Suplementação Alimentar e o PNAE.

Em relação às novas políticas, destaca-se o Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC). Criado em 1986, visava à distribuição de um litro de leite por dia para famílias com renda mensal de até dois salários-mínimos com crianças de até sete anos de idade. Conhecido como o “tíquete do Sarney”, por sua vinculação direta à Presidência da República, por intermédio da Secretaria Especial de Ação Comunitária, este programa foi muito criticado na época em virtude de problemas na sua implementação, tais como a transformação do cupom em moeda corrente e a competição com as clientelas de outros programas (COHN,1995).

No início da Nova República, por volta de 1985, não podemos deixar de destacar o fato de que a segurança alimentar apareceu pela primeira vez como referência de uma proposta de política contra a fome. O documento intitulado “Segurança Alimentar – proposta de uma política contra a fome”, teve poucas consequências práticas, porém já continha as bases das principais proposições que surgiriam depois: encontram-se nele as diretrizes de uma política nacional de segurança alimentar, bem como a proposta de instituir um Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). O documento propunha como objetivos atender as necessidades alimentares da população e atingir a autossuficiência produtiva nacional na produção de alimentos (MALUF, 2009)

Em 1987, toda efervescência pela luta da democratização das políticas sociais foi canalizada para os trabalhos da Assembleia Constituinte. O estabelecimento de uma ordem institucional democrática supunha um (re) ordenamento das políticas sociais que respondesse às demandas da sociedade por maior inclusão social e equidade. Projetada para o sistema de políticas sociais como um todo, tal demanda por inclusão e redução das desigualdades

adquiriu conotações de afirmação dos direitos sociais como parte da cidadania, já que o sistema anterior de proteção social combinava inclusão estratificada de poucas pessoas e exclusão da maioria da população (FLEURY, 2007).

Na óptica dos direitos sociais compreendidos como exigências elementares de proteção às classes ou grupos sociais mais necessitados, a saber - saúde, educação, trabalho - o direito a alimentação assumiu um eixo elementar, básico. Corroboramos o pensamento de Yasbec (2004) para quem não há dúvidas de que o direito humano à segurança alimentar e nutricional se localiza no conjunto dos mínimos sociais, a que têm direito todos os cidadãos do País. Na definição dos mínimos sociais, o que está em questão é o estabelecimento de um padrão básico de inclusão social que contenha a ideia de dignidade e cidadania (SPOSATI, 1997 apud YASBEC, 2004).

Explorando os momentos relevantes de definições de conceitos, deliberações e intervenções nesse campo, cabe lembrar: a) a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília, cujas recomendações conduziram à aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90), criando o Sistema Único de Saúde e privilegiando a estruturação de comissões permanentes, entre as quais a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde; b) a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, em Brasília, como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) que formulasse a Política Nacional de Alimentação e Nutrição a ser adotada, oficialmente, em 1999. Ressaltamos, ainda, que a Conferência sugeriu a instituição de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SSAN) ligado ao Ministério do Planejamento, proposta que veio a ser retomada, em 2004, pela II Conferência de Segurança de Alimentação e Nutrição e pelo CONSEA. Nessas proposições, restou clara a ampliação do conceito de segurança alimentar com a incorporação do “adjetivo nutricional” à noção de segurança alimentar.

Houve um debate infundável sobre os limites e outros significados dos termos alimentação e nutrição ou da interseção que justificaria num só conjunto as seguranças alimentar e nutricional. Nessa discussão, enfatizamos a argumentação de Batista Filho (2003), ao defender a inteligência do emprego unificado de ambos na forma da expressão “segurança alimentar/nutricional”, haja visto o reconhecimento de que são processos necessariamente simultâneos, pois, com a segurança alimentar, o objetivo é alcançar um estado nutricional adequado.

Na década de 1990, acrescentam-se importantes ações de mobilização social e articulação institucional, impulsionadas por movimentos sociais de luta por ética na política e

pela urgência na superação da pobreza e da fome aguda, até como pressuposto de desenvolvimento equilibrado da economia. Nesse panorama, destaca-se a Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida, onde desempenhou papel de relevo o sociólogo Herbert de Souza (ARRUDA; ARRUDA, 2007; BURLANDY, 2009). Dentre os resultados dessa mobilização, verificam-se: a) a confecção do Mapa da Fome; b) a elaboração do Plano de Combate à Fome e à Miséria, e a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) em maio de 1993; e c) a realização, em Brasília, em julho de 1994, da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, que induziu um processo de mobilização nacional em torno da questão alimentar e da dimensão do problema da fome no País.

Aponta-se como fator fundamental para o desenvolvimento dessas ações a aceitação das propostas há pouco mencionadas pelo então presidente Itamar Franco. A matriz da proposta de segurança alimentar e nutricional de seu governo era semelhante à do documento de 1985, acrescida das contribuições oriundas do campo da saúde e nutrição e ampliando o escopo da política de segurança alimentar. Entendia a segurança alimentar como um objetivo estratégico de governo que nuclearia as políticas de produção agroalimentar, comercialização, distribuição e consumo de alimentos, incorporando a perspectiva de descentralização e diferenciação regional. Fariam parte, ainda, as ações governamentais de controle da qualidade dos alimentos e estímulo a práticas alimentares saudáveis, bem como um conjunto de outras medidas no campo da saúde e da vigilância (MALUF, 2009)

Conforme Pinheiro (2008), a partir da década de 1990, a área de alimentação e nutrição, no âmbito do setor saúde, assumiu a responsabilidade de avançar para o alcance da segurança alimentar e nutricional e, assim como o setor da assistência social, sempre permaneceu à margem das políticas públicas sociais que, sem suporte orçamentário e financeiro adequados, carentes de recursos humanos suficientes, apresentavam ações contingentes e pulverizadas pelos escassos recursos e falta de transparência.

De modo geral, os resultados das ações implementadas pelo CONSEA são consideradas pouco significativas, o que pode ser atribuído ao seu curto período de existência, cerca de dois anos. Talvez a sua mais significativa realização tenha sido a promoção da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA), em 1994. O relatório final da Conferência compunha-se de um documento político em busca de estabelecer uma Política Nacional de Segurança Alimentar. Em 1995, com a mudança do governo, o CONSEA foi extinto (PESSANHA, 2002 apud LEITE; ARRAES, 2006).

Pinheiro (2008), em seus estudos, exprime que o CONSEA foi extinto e a estratégia de fortalecimento da “via econômica” (ajuste estrutural) foi adotada em detrimento

da formação de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que saiu da agenda política. Se a perspectiva de controle inflacionário atuou como um aspecto positivo, em termos de acesso ao alimento e poder de consumo da população, por outro lado, o enfraquecimento das relações políticas com setores da sociedade civil (principalmente o movimento da Ação da Cidadania que liderava o debate da Política de SAN) foi negativo, pois desarticulou o apoio dos movimentos sociais.

Também no ano de 1995, durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, foi consolidada a estratégia Comunidade Solidária como um plano de ação de combate à pobreza e à desigualdade. Dentre as suas atribuições, a mais complexa foi a de coordenar a execução do Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA), que teve início em 1993.

Para Pessanha (2002), a estratégia do Programa Comunidade Solidária refletiu a tendência geral mais recente da focalização e descentralização da assistência social, já que o Programa direcionou suas políticas para os segmentos sociais mais empobrecidos. Tal intervenção, porém, não rompeu efetivamente com os “velhos problemas” inerentes à implementação de políticas sociais. Valente (1997) acrescenta que, durante os seus oito anos de existência, a Comunidade Solidária se limitou a discutir formas de incorporar o setor privado, com e sem fins lucrativos, na elaboração e implementação, incluindo financiamento, de projetos que colaborassem com ações estatais, ou mesmo substituíssem o Poder Público em papéis tradicionalmente vistos como obrigação do Estado, tais como alfabetização, promoção da educação infantil etc.

Embora saibamos deste histórico, um aspecto positivo foi o apoio da Comunidade Solidária aos planos de interlocução que integraram a trajetória do enfoque da Segurança Alimentar e Nutricional. O documento brasileiro à Cúpula Mundial propôs uma nova e ampliada definição de segurança alimentar:

Segurança alimentar significa garantir, a todos, condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim para uma existência digna, em um contexto de desenvolvimento integral da pessoa humana (II CÚPULA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO, 2002).

Essa definição foi o ponto de partida para aquela que veio a ser aprovada na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2004) e adotada pelo CONSEA (MALUF, 2009).

O segundo mandato rompeu com qualquer perspectiva de debate de uma proposta de segurança alimentar no contexto do Governo Federal. A discussão sobre o tema ficou

restrita a debates internos relacionados a diferentes políticas setoriais e perdeu qualquer tipo de ressonância na elaboração de iniciativas mais amplas (VALENTE, 1997).

Com efeito, em 1998, teve início a formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e, em 1999, após discussão com a sociedade, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PINHEIRO, 2008).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos. Sete são as diretrizes programáticas desta Política, que tem como *leitmotiv* o Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2005).

- 1 Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
- 2 Garantia da segurança e qualidade dos alimentos.
- 3 Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
- 4 Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
- 5 Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais.
- 6 Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
- 7 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição

Na contextura das ações propostas pela PNAN, a perspectiva de formulação de um Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que articulasse o registro sistemático de dados relativos tanto à produção quanto ao consumo alimentar, foi o ponto central do debate na agenda política da Segurança Alimentar e Nutricional (PINHEIRO, 2008).

O SISVAN foi proposto como um instrumento que subsidia o conhecimento da situação alimentar e nutricional de uma população, contribuindo para a segurança alimentar. Ele consiste num sistema de coleta, processamento e análise contínua de dados, possibilitando um diagnóstico atualizado da situação nutricional e de suas tendências temporais. Contribui para que se conheçam a natureza e magnitude dos problemas de nutrição, caracterizando grupos sociais de risco e dando elementos para a formulação de políticas, estabelecimento de programas e intervenções.

Pesquisa de Monteiro e Conde (2000), realizada em São Paulo, demonstrou que a alteração da estrutura socioeconômica da população é acompanhada da melhoria dos indicadores de desnutrição, conforme dados obtidos nas décadas de 1980 e 1990. Apesar disso, a insuficiência alimentar ainda é preocupante, e mostra forte associação intensa com renda e escolaridade (MARINS; ALMEIDA, 2002). Em São Paulo, a renda familiar dobrou entre os anos de 1980 e 1990, o número de famílias com baixo poder aquisitivo caiu 50% e a escolaridade materna cresceu em 1,5 ano. A tradução dos indicadores nutricionais e de saúde, contudo, em um país com dimensões territoriais tão grandes e diversidades regionais deveras marcantes, encobre realidades locais que apresentam particularidades, com ilhas de riqueza e a continuidade de situações de risco em bolsões de pobreza, observando-se claramente a interferência do fator renda quando os dados são desagregados (DOMENE, 2003).

Na década de 2000, no clima de aprofundamento da crise econômica, mudanças significativas inauguram programas sociais, em um movimento que se inicia timidamente no Governo Fernando Henrique Cardoso, e no Governo Lula se expande, mas, ao mesmo tempo, redireciona alguns processos anteriores (VAITSMAN *et al.*, 2009).

Em 2001, o Instituto Cidadania apresentou o *Projeto Fome Zero* como proposta de uma política nacional participativa de segurança alimentar e combate à fome (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001). Então, as dimensões da segurança alimentar mais valorizadas são, naturalmente, a erradicação da fome e o enfrentamento da desnutrição, tendo como elemento principal programas de transferências de renda e ações que promovam ou favoreçam o acesso aos alimentos pelos segmentos mais pobres da população (MALUF, 2009).

A seguir, na eleição presidencial de 2002, essa iniciativa passou a fazer parte do conjunto de propostas do vitorioso candidato Luís Inácio Lula da Silva, que, logo após a confirmação da vitória eleitoral, declarou que, ao fim de quatro anos de governo, asseguraria três refeições diárias a cada brasileiro. Tal fato representou a culminância de sua missão histórica (BETTO, 2003).

De acordo com Batista Filho (2003), o campo de proposições do *Projeto Fome Zero* constitui referência capaz de mudar o curso da história política, econômica e social do Brasil, com novas diretrizes éticas voltadas à correção das distorções estruturais da sociedade brasileira. Em consonância, a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) considerou que a iniciativa do agora Programa Fome Zero (PFZ) de complementar um conjunto de ações compensatórias, com outras de geração de renda, configura um acerto estratégico digno de ser replicado noutros países (TUBINO, 2007).

Por outra vertente, Francisco de Oliveira, um dos fundadores do Partido dos Trabalhadores (PT), sustenta que programas como Fome Zero são instrumentos de "funcionalização da miséria", isto é, tornaram a miséria suportável e funcional. Aquele referenciado sociólogo entende que tais iniciativas constituem um tipo de "ajuda humanitária" para garantir a sobrevivência dos mais pobres sem alterar a condição social destes. Em outras palavras, esses programas não alteraram a estrutura de distribuição de riquezas no Brasil. Nesse sentido, fragiliza-se o caráter inovador e emancipatório eventualmente sustentado pelos defensores das políticas compensatórias (FIUZZA, 2004).

Portanto, compreendemos que o desafio maior do PFZ está relacionado às "mediações políticas entre o mundo social e o universo público dos direitos e da cidadania. Essas mediações, a serem construídas e reinventadas, circunscrevem um campo de conflito que é também de disputa pelos sentidos de modernidade, cidadania e democracia" (YASBEC, 2004).

A implantação do PFZ, a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e de um órgão executivo e articulador – o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome - ambos vinculados à Presidência da República, já no primeiro ato legislativo do governo então recém-empossado, explicitam claramente que a segurança alimentar e nutricional retomou um espaço perdido ao longo da última década (GRAZIANO DA SILVA; TAKAGI, 2004)

Graziano da Silva e Takagi (2004) comentam sobre a concepção que norteou o PFZ. Um primeiro aspecto que os autores ressaltam é a importância de estabelecer a diferença entre insegurança alimentar e fome. O conceito de segurança alimentar envolve pelo menos quatro dimensões: 1 a primeira é a dimensão da quantidade. É necessário um consumo mínimo de calorias, proteínas e vitaminas para uma vida ativa e saudável. 2 a segunda é a dimensão da qualidade. A população deve ter acesso a alimentos nutritivos. 3 a terceira é de regularidade: comer pelo menos três vezes por dia. É tomar café da manhã, almoçar e jantar todos os dias. 4 a quarta é a da dignidade. Uma pessoa que se alimenta de restos de restaurantes ou de lixões não possui segurança alimentar, embora possa até não se enquadrar na categoria de subnutridos pelo critério biológico.

Concordamos com Maluf (2009), porém, na idéia de que estão em curso, desde 2003, as discussões sobre as várias dimensões da SAN, que perpassa três vias: a primeira corresponde às iniciativas dos CONSEAs de transformar as diretrizes aprovadas nas Conferências de SAN. A segunda, em diálogo com a anterior, refere-se à evolução do PFZ e

dos vários programas na área dos alimentos e da alimentação. A terceira via congrega múltiplas iniciativas na área alimentar e nutricional, oriundas das organizações da sociedade civil, dos movimentos e redes sociais. Destaca-se, ainda, o recente crescimento de pesquisas acadêmicas e levantamentos estatístico sobre SAN.

Para Burlandy (2007), a SAN é considerada, no Brasil, como um direito humano, um bem público que se realiza por intermédio de políticas universais, garantido na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional aprovada em 2006. A abordagem do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) considera que não basta garantir a SAN se os processos pelos quais as ações são implementadas se pautam em relações clientelistas se baseiam em troca de favores ou não respeitam os valores culturais dos grupos atendidos. Respaldo pela Lei Orgânica da Segurança Alimentar (2006), Maluf (2009) aponta como diretrizes gerais de uma Política Nacional de SAN:

- Adotar a ótica da promoção do direito humano à alimentação adequada e saudável, colocando a SAN como objetivo estratégico e permanente associado à soberania alimentar;
- assegurar o acesso universal e permanente a alimentos de qualidade, prioritariamente, através de geração de trabalho e renda, regulando as condições em que os alimentos são disponibilizados à população e contemplando ações educativas em SAN;
- promover a produção rural e urbana e a comercialização de alimentos realizados em bases socialmente equitativas, ambientalmente sustentáveis e culturalmente adequadas, com ênfase na agricultura familiar;
- buscar a transversalidade das ações através de planos articulados intersetorialmente e com a participação social equitativa, e apoiar as iniciativas não governamentais;
- respeitar a equidade de gênero e ética, reconhecendo a diversidade e valorizando as culturas alimentares e
- reconhecer a água como alimento essencial e patrimônio público.

Em análise sobre as bases de sustentação da política social brasileira, contudo, Néri (2004) destaca três pontos. O primeiro é o PFZ. O autor aponta como uma qualidade desse programa a capacidade de mobilizar a sociedade, porém, mais do que operacionais, seus problemas foram de concepções. Buscou-se um combate literal à fome, cerceando a liberdade do pobre de escolher o que podia ou não consumir. A tentativa era aumentar a produção agrícola e a capacidade de geração de renda local. A segunda, o Programa Bolsa-Família,

(PBF), que é uma função do Estado, para a qual ele é insubstituível, busca uma racionalidade de aplicação dos recursos, procura atender a uma constatação de que não se gasta pouco na área social. O Brasil despende 21% do Produto Interno Bruto (PIB) no social. Nenhum país da América Latina gasta mais do que o nosso, só que gastamos mal, historicamente, esses recursos, o que acontece até hoje, porque herdamos muitos desafios do passado e não transformáveis em pouco tempo. O terceiro, constituído por ações metropolitanas, e aí está faltando uma política integrada na linha do Programa Bolsa Família. Ela exige efetiva coordenação dos vários níveis de governo com a sociedade civil.

Sobre o Programa Bolsa-Família (PBF), apresentaremos o levantamento das discussões sobre esta intervenção, no campo da alimentação e nutrição, no capítulo a seguir. Pelo fato de o objeto em estudo ter como pano de fundo tal programa, é coerente explorarmos ao máximo os conteúdos disponibilizados na literatura.

2.2 Programa Bolsa-Família (PBF)

Após analisar a trajetória das políticas sociais brasileiras, sob enfoque da alimentação e nutrição, constatamos que o Programa Bolsa Família resulta das iniciativas dos programas de transferência de renda do Brasil.

As recentes transformações operacionalizadas no interior das economias mundiais, com o crescimento do desemprego e a aparição de novas formas e/ou agudização da pobreza, associados à chamada crise do *Welfare State*¹, trazem à tona o debate acerca dos limites dos tradicionais programas sociais em responder às crescentes demandas sociais, impondo, assim, novos dilemas para a intervenção pública (SENA *et al.*, 2007).

Nesse âmbito, de acordo com Burlandy (2007), no Brasil, houve uma opção evidente de investimento do Governo Federal na Transferência Condicionada de Renda (TCR), complementando ou substituindo outros tipos de intervenções, como a distribuição de alimentos e os programas de cupom-alimentação (implementados em alguns estados do País).

¹ Utiliza-se uma definição bastante ampla de *Welfare State*, que é entendido como a mobilização em larga escala do aparelho do Estado em uma sociedade capitalista, a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população. No Brasil, a expressão é conhecida como Estado de Bem-Estar Social. De acordo com seus princípios todo o indivíduo teria o direito, desde seu nascimento até sua morte, a um conjunto de bens e serviços que devem ter seu fornecimento garantido, seja diretamente pelo Estado ou indiretamente, mediante seu poder de regulamentação sobre a sociedade civil. Esses direitos incluem a educação em todos os níveis, a assistência médica gratuita, o auxílio ao desempregado, a garantia de uma renda mínima, recursos adicionais para a criação dos filhos etc (MEDEIROS, 2001).

Desde 2001, as ações de distribuição de alimentos para gestantes, nutrizes e crianças em risco nutricional foram progressivamente substituídas pela TCR, num crescendo de expansão de cobertura.

Silva (2006) aponta cinco momentos relevantes na constituição histórica da política de transferência de renda. O primeiro, no ano de 1991, marcado pelo início de um debate que se ampliou nos anos subsequentes. O segundo, ainda em 1991, com a introdução da ideia de articulação da garantia de uma renda mínima familiar com a educação. É então proposta uma transferência monetária equivalente a um salário mínimo a toda família que mantivesse seus filhos ou dependentes de sete a 14 anos de idade frequentando regularmente a escola pública. Portanto, era o vínculo com a escola pública que garantia a focalização dos programas de renda mínima nas famílias pobres, pela dificuldade de comprovação de renda entre estas. O terceiro momento ocorreu em meados de 1995, com iniciativas municipais em Campinas, em Ribeirão Preto e em Santos (São Paulo), e em Brasília (Distrito Federal). Trata-se de experiências bastante diversas no que se refere a critérios de seleção, valor do benefício e formas de operação, entre outros, compartilhando uma grande riqueza em termos de inovações institucionais (DRAIBE, 2006). Em 2001, penúltimo ano do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, marcando o quarto momento, com a criação de programas, com destaque a Bolsa-Escola e a Bolsa-Alimentação. Esses programas foram implementados de modo descentralizado e alcançaram a maioria dos 5.561 municípios brasileiros, assumindo uma abrangência geográfica significativa e passando a ser considerados, no discurso do então Presidente da República, o eixo central de uma “grande rede nacional de proteção social”. O ano de 2003 foi o início do quinto momento quando criado o Programa Bolsa-Família com a missão de unificar os programas nacionais de transferência de renda.

Algumas avaliações a respeito dos programas brasileiros de garantia de renda mínima (PGRM) apontam a vantagem da transferência monetária direta na diminuição dos custos administrativos do programa e na redução da incidência de fraudes e desvios de recursos, além de permitir a liberdade de escolha dos produtos por parte dos beneficiários, quando comparada à clássica modalidade de distribuição do benefício *in natura* (LAVINAS, 2004). Ao mesmo tempo, os PGRMs têm como proposta promover a articulação com outras políticas e programas sociais, criando a possibilidade de, em tese, romper com a fragmentação típica das políticas sociais brasileiras e facilitar a adoção de ações intersetoriais (SENA *et al.*, 2007).

2.2.1 Caracterização do Programa Bolsa-Família (PBF)

A Medida Provisória nº132, logo depois convertida na Lei nº 10.836, de 2004, criou o Programa Bolsa-Família (PBF) que tem por finalidade a unificação dos procedimentos da gestão e execução das ações de transferência de renda em implementação no País (BRASIL, 2009).

O PBF está vinculado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, mais especificamente à Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (SENARC), e constitui uma das prioridades do Governo Federal para a área social.

O objetivo é proteger o grupo familiar e contribuir para o seu desenvolvimento, além de assegurar o direito à alimentação e preservar vínculos e valores familiares. O PBF tem ainda o objetivo de superar a fome e a pobreza. Para isso articula três dimensões: o alívio imediato da pobreza; a exigência do exercício dos direitos sociais básicos na área da saúde e educação e a integração dos programas complementares situado nas quatro esferas de governos que tenham por objetivo o desenvolvimento das famílias (BRASIL, 2008).

A opção pela unificação dos programas de transferência de renda no Brasil, viabilizada pelo PBF, dá-se mediante o diagnóstico sobre os programas sociais em desenvolvimento, levantado durante a transição do governo Fernando Henrique Cardoso para o governo Lula. Esse diagnóstico apontou alguns problemas:

- existência de programas concorrentes e sobrepostos nos seus objetivos e no seu público-alvo;
- ausência de uma coordenação geral dos programas, propiciando desperdício de recursos, além de insuficiência de recursos alocados;
- ausência de planejamento gerencial dos programas e dispersão de comandos em diversos Ministérios;
- incapacidade no alcance do público alvo conforme os critérios de elegibilidade estabelecidos pelos programas (BRASIL, 2002 apud SILVA e SILVA, 2008)

Portanto, o PBF se consolidou como uma política intersetorial voltada ao enfrentamento da pobreza, ao apoio público e à emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, requerendo, para sua efetividade, cooperação interfederativa e coordenação das ações dos entes públicos envolvidos em sua gestão e execução (BRASIL, 2005).

A implementação descentralizada do PBF foi assumida pelos municípios mediante a assinatura do Termo de Adesão, onde os municípios se comprometem a instituir comitê ou

conselho local de controle social e indicar o gestor municipal do PBF, por determinação da Portaria nº 246, de 20 de maio de 2005, art. 2º.

Sena *et al.* (2007) assinalam que, diferentemente dos programas de transferências de renda anteriores, que consideravam inelegíveis famílias sem filhos, gestantes ou nutrizes, o Bolsa-Família amplia, até certo ponto, seu escopo de atendimento, ao permitir o acesso desse tipo de família ao Programa. Importante é salientar que se trata ainda de uma perspectiva restritiva, haja vista que o acesso das famílias sem filhos é somente permitido àquelas que estiverem em situação de pobreza extrema.

Dessa forma, o foco deve ser a família, entendida como unidade nuclear, eventualmente ampliada por pessoas ligadas por laços de parentesco ou afinidade, constituindo um grupo doméstico que partilha teto e a manutenção da família com a contribuição de seus membros (SILVA e SILVA, 2008).

Para seus idealizadores, o PBF é considerado uma inovação, por se propor a proteger o grupo familiar como um todo, representado, preferencialmente, pela mãe; pela elevação do valor monetário do benefício; pela simplificação e elevação de recursos destinados a programas dessa natureza, propondo-se, também, simplificar e racionalizar o acesso das famílias aos benefícios. Para Draibe (2006), o foco na família foi a forma encontrada pelos formuladores de tais políticas para atingir seu principal público-alvo, crianças e adolescentes, e incluí-los em outras políticas, sobretudo a de educação, tornando os pais e os responsáveis meros intermediários. Se, de algum modo, tal análise pode ser transposta para o PBF, é necessário pensar em que medida a família é (ou não), na realidade, a unidade privilegiada e intervenção do Programa.

A inclusão das famílias elegíveis para o PBF dá-se desde que estas estejam inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). O CadÚnico é a base de dados utilizada para o registro de informações sobre as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa. A partir dele que é feita a seleção de beneficiários de alguns programas do Governo Federal como o PBF. Dessa forma, o cadastramento não significa a inserção automática da família no Bolsa-Família. A seleção dependerá dos critérios do Programa (BRASIL, 2009).

Assim sendo, o PBF adota como critérios de elegibilidade a inclusão de famílias extremamente pobres, consideradas as famílias com renda *per capita* mensal de até R\$ 70,00, independentemente de sua composição familiar e de famílias pobres, com renda *per capita* mensal de até R\$ 140,00, com crianças ou adolescentes entre zero e 17 anos, gestantes ou nutrizes.

Recentemente, houve o quarto reajustamento dos valores do benefício, desde sua criação, em 2003. Conforme o Decreto 7.447, de 01 de março de 2011, são três tipos de benefícios:

Quadro 1- Tipo e Valor do benefício das famílias cadastradas no PBF

Tipo do benefício	Valor do benefício	Perfil da família *
Benefício Básico	R\$ 70,00	Famílias que se encontram em situação de extrema pobreza
Benefício Variável	R\$ 32, 00	Família que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes ou nutrizes, crianças entre 0 a 12 anos ou adolescentes até 15 anos**
Benefício Variável vinculado ao adolescente (BVJ)	R\$ 38,00	Família que se encontra em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos que estejam freqüentando a escola***

* Os benefícios podem ser cumulativos conforme a renda e a composição da família.

** A família pode receber até 3 benefícios variáveis.

*** A família pode receber até 2 BJV

As famílias têm liberdade na utilização do dinheiro recebido e podem permanecer no Programa enquanto estiverem dentro dos critérios de elegibilidade e cumpram as condicionalidades indicadas, desde que lhes sejam oferecidas condições para tal (SILVA e SILVA, 2008).

As condicionalidades são os compromissos que as famílias beneficiadas assumem nas áreas da saúde, educação e assistência social.

- Educação: frequência escolar mínima de 85% para crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos e mínima de 75% para adolescentes entre 16 e 17 anos.
- Saúde: acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de 7 anos; e pré-natal das gestantes e acompanhamento das nutrizes na faixa etária de 14 a 44 anos.
- Assistência Social: frequência mínima de 85% da carga horária relativa aos serviços sócio-educativos para crianças e adolescentes de até 15 anos em risco ou retiradas do trabalho infantil (BRASIL, 2009).

O objetivo das condicionalidades não é punir as famílias, mas responsabilizar de forma conjunta os beneficiários e o Poder Público, que deve identificar os motivos do não cumprimento das condicionalidades e implementar políticas públicas de acompanhamento para essas famílias (BRASIL, 2009).

Os efeitos decorrentes do descumprimento das condicionalidades do PBF são gradativos e aplicados de acordo com os descumprimentos identificados no histórico da família. Esses efeitos vão desde a advertência da família, passando pela suspensão do benefício, podendo chegar ao cancelamento se o descumprimento for repetido em cinco períodos consecutivos. Conforme o seguinte:

- advertência, no primeiro registro de descumprimento;
- bloqueio do benefício por um mês, no segundo registro de descumprimento;
- suspensão do benefício por dois meses, no terceiro registro de descumprimento;
- suspensão do benefício por dois meses, no quarto registro de descumprimento;
- cancelamento do benefício, no quinto registro de descumprimento (BRASIL, 2009).

As famílias beneficiárias do PBF, cujos adolescentes de 16 e 17 anos, que sejam beneficiários do BVJ, descumprirem as condicionalidades, ficam sujeitas, no que se refere a este benefício, aos seguintes efeitos, aplicados de forma sucessiva:

- advertência, no primeiro registro de descumprimento do adolescente;
- suspensão do BVJ por dois meses, no segundo registro de descumprimento do adolescente;
- cancelamento do BVJ, no terceiro registro de descumprimento do adolescente (PORTARIA 321 DE 29 DE SETEMBRO DE 2008).

É válido salientar que existe um debate crítico de pensadores especializados na área em relação ao desenho do PBF sob a óptica dos direitos humanos.

Sobre a focalização do Programa, Sena *et al.* (2007) criticam o fato de a renda monetária ser critério único de seleção das famílias. Para os autores somente a renda não é suficiente para qualificar a pobreza, fenômeno multifacetado que engloba outras dimensões de vulnerabilidade social, tais como: saúde, esperança de vida, educação, saneamento e acesso a bens e serviços públicos. Além disso, a definição de um valor *per capita* muito baixo tende a impossibilitar a inclusão de famílias que, embora tenham uma renda um pouco acima do valor definido, encontram-se em situação de pobreza. Outro aspecto do qual que não se pode esquecer é a questão de o valor definido estar desvinculado do salário mínimo ou de qualquer outro índice de reajuste deste valor, o que implica tornar este critério cada vez mais restritivo.

Zimmermann (2006) acrescenta que existe uma limitação da quantidade de famílias a serem beneficiadas em cada município. Dessa forma, o Bolsa-Família não garante o acesso irrestrito ao benefício. Posto isso, o PBF não é concebido com base na concepção de garantir o benefício a todos os que dele necessitem, ao contrário, adota uma seletividade, por vezes excludente.

Em relação às condicionalidades do Programa, existe uma polêmica que perpassa o reconhecimento de que elas potencializam as demandas sobre os serviços de educação e saúde, o que de certa forma, pode representar uma oportunidade para ampliar o acesso de uma parcela significativa da população aos circuitos de ofertas de serviços sociais, porém, ao ser exigido o cumprimento de obrigações como condição para o exercício de um direito social, os próprios princípios de cidadania podem estar ameaçados (SENA *et al.*, 2007).

Zimmermann (2006, p.151), ao analisar as condicionalidades do PBF recupera o Comentário Geral n. 12, elaborado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos das Nações Unidas, reforçando o pensamento de que essas condicionalidades ferem o direito individual a ser garantido de maneira universal e incondicional ao ser humano.

O Comentário Geral n. 12 das Nações Unidas define que “o direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada”. Para atingir tal propósito, cada Estado fica obrigado a assegurar a todos os indivíduos, que se encontrem sob sua jurisdição, o acesso à quantidade mínima essencial de alimentos. Ressalta-se que essa quantidade deve ser suficiente, garantindo que todos esses cidadãos estejam de fato livres da fome. Sob a ótica dos direitos, a um direito não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades, uma vez que a condição de pessoa deve ser o requisito único para a titularidade de direitos.

Mencionado autor ainda ressalta que a responsabilidade em garantir o provimento e a qualidade desses serviços aos beneficiados compete aos poderes públicos responsáveis. Com efeito, a obrigação do cumprimento das condicionalidades cabe a esses poderes e não às pessoas.

O Estado em hipótese alguma deverá punir ou excluir as famílias beneficiadas pelo não cumprimento das condicionalidades. Dever-se-ia responsabilizar os municípios, estados e outros organismos governamentais pelo não cumprimento de sua obrigação em garantir o acesso aos direitos atualmente impostos com condicionalidades (ZIMMERMANN, 2006, p.152).

Deve-se expressar também que existem ainda municípios com limitações em trabalhar com banco de dados de forma sistemática, ou ainda não se tem uma cobertura de atenção básica satisfatória. Então, um erro de registro do resultado do acompanhamento das condicionalidades e a não oferta de serviços relativos às condicionalidades poderia acarretar prejuízos às famílias beneficiadas, considerando que é prerrogativa dos municípios manter atualizados os sistemas de informação e ofertar os serviços referentes às condicionalidades.

A rigor, a ideia-chave do acompanhamento das condicionalidades deveria englobar ações sociais mais amplas, com vistas a potencializar uma rede de proteção social em torno dos beneficiários do Programa. Desse modo, se, por um lado, essa perspectiva do acompanhamento está vinculada à concepção de condicionalidade como estratégia que visa a interferir nas situações estruturais responsáveis pela persistência da pobreza, de outra parte, a legislação que regulamenta a forma da gestão do acompanhamento das condicionalidades se aproxima bem mais da concepção de punição e fiscalização do que propriamente dos objetivos enunciados de inserção social (MONERAT *et al.*, 2007).

Outro ponto de vista importante a considerar trata-se da perspectiva de o PBF estar também ancorado à oferta de programas complementares, como os programas de geração de emprego e renda, por exemplo, que, na teoria, seria possível sua operacionalização de forma cooperativa entre as esferas de governo e com base na intersetorialidade. Como lembram Sena *et al.* (2007), contudo, mesmo reconhecendo a relevância das ações complementares, estas não aparecem como obrigação dos entes federados e, portanto, não constituem contrapartidas. Neste caso, não há definição de estratégias de implementação, o que demonstra total ausência de indução para ações que são, no plano dos discursos oficiais, consideradas porta de saída do Programa e da situação de pobreza.

Para apoiar os municípios nas ações da gestão do PBF, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) criou o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), que mede a qualidade da gestão do Programa e garante o repasse mensal de recursos

financeiros, de forma regular e automática, aos municípios que apresentarem bom desempenho (BRASIL, 2008). O IGD é calculado com base em 4 (quatro) variáveis que representam, cada uma, 25% do seu valor total. São as seguintes:

- qualidade e integridade das informações constantes no Cadastro Único;
- atualização da base de dados do cadastro único;
- informações sobre as condicionalidades da área de Educação e
- informações sobre as condicionalidades da área de Saúde (BRASIL, 2008)

A orientação é de que os municípios têm autonomia para definir quais as suas prioridades para utilização dos recursos do IGD. Essa decisão dependerá da necessidade de cada município, de suas prioridades e da legislação financeira e orçamentária local, que determina de que forma os recursos podem ser incorporados ao orçamento (BRASIL, 2008).

Conforme (BRASIL, 2009), o PBF atende mais de 11 milhões de famílias em todos os municípios brasileiros. Dentre os principais resultados, apontam: o PBF está bem focalizado, ou seja, efetivamente chega às famílias que dele necessitam e que atendem aos critérios da lei; o Programa contribui de forma significativa para a redução da extrema pobreza e da desigualdade e contribui para a melhoria da situação alimentar e nutricional das famílias beneficiárias.

A distribuição dos beneficiários do PBF pelas regiões aponta que o Nordeste, concentra metade do total das famílias beneficiadas. Em 2004, a Região totalizava 3,3 milhões de famílias, o equivalente a 50,5%. Em 2007, o número de famílias atendidas pelo PBF já era de 5,6 milhões, representando 50,47%, um crescimento de 67,9% em relação ao ano de 2004. Em seguida, a região Sudeste apresentou a segunda maior participação. Em média, considerando os anos de 2004 a 2007, a região teve uma participação de 26,3%, enquanto as demais regiões (Sul, Norte e Centro-Oeste) apresentaram uma distribuição espacial média de 10,0%, 8,8% e 5,1%, respectivamente (PEQUENO, 2009).

Não há dúvidas de que o Bolsa-Família vem atender quantitativamente a um público altamente significativo, sobretudo se considerados os programas sociais anteriores que se direcionavam ao atendimento de famílias pobres, com a cobertura de todos os municípios brasileiros. Há que se destacar, entretanto, o valor muito baixo transferido para as famílias, fator limitante quando a proposição é mais do que administrar ou controlar a pobreza, mas a sua superação (SILVA e SILVA, 2008).

Consideramos também que o valor repassado às famílias beneficiadas pelo PBF é insuficiente para promover uma alimentação saudável às crianças beneficiadas e suas famílias.

Zimmermann (2006) propõe como critério para a avaliação das políticas públicas de transferência de renda o custo da cesta básica nacional. A cesta básica nacional calcula o sustento e o bem-estar de uma pessoa em idade adulta, contendo quantidades balanceadas de proteínas, calorias, ferro, cálcio e fósforo. De acordo com esse parâmetro, os valores dos programas de renda mínima, como o Bolsa-Família, deveriam ter como critério o custo da cesta básica nacional.

O valor do Programa Bolsa Família, entretanto, viola o direito humano à alimentação, uma vez que o mesmo é insuficiente para aliviar a fome de uma família brasileira, conforme demonstram os dados da Cesta Básica Nacional do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). A pesquisa da Cesta Básica Nacional, realizada pelo mesmo órgão, em junho de 2005, em 16 capitais do Brasil, considera que um trabalhador em idade adulta necessitaria do valor de R\$ 159,29 para satisfazer as necessidades alimentares mínimas (ração essencial mínima). Aumentar o valor da transferência do Bolsa-Família para o equivalente da Cesta Básica Nacional do DIEESE deve ser uma medida a ser adotada, para que se garanta minimamente o direito humano à alimentação, principalmente no que tange à sua obrigação em adotar medidas concretas para acabar com a fome (ZIMMERMANN 2006).

Com efeito, a discussão se dará agora especificamente para a questão da alimentação infantil saudável, aspecto de destaque no estudo e considerado pelo MSD (2009) como um dos principais resultados do PBF, como vimos nas discussões acima.

2.3 O Ideário da Alimentação Infantil (zero a cinco anos)

A alimentação e a nutrição constituem 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.

Recentemente, no Brasil, se intensificou as discussões em torno da alimentação e sua influência no processo saúde-doença, fato que a sabedoria popular e alguns estudiosos da

antiguidade já afirmavam: “Deixe que a alimentação seja o seu remédio e o remédio a sua alimentação” (Hipócrates). “O destino das nações depende daquilo e de como as pessoas se alimentam”. (BRILLAT-SAVARIN, 1825 apud BRASIL, 2006).

Conforme Azevedo (2008), a partir dos anos 1990, o foco da educação nutricional no Brasil foi a promoção de práticas alimentares saudáveis, aliada à discussão do acesso ao alimento de qualidade em quantidade suficiente como um direito humano, e ao contexto da alimentação com caráter de prevenção de doenças. Atualmente, esse enfoque persevera e, a partir da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2003 pela Organização Mundial da Saúde, o Programa Nacional de Alimentação Saudável elaborou uma estratégia brasileira, prevendo o estímulo a uma dieta saudável, aliada a práticas saudáveis. Hoje, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) ainda amplia os conceitos de alimentação e estilo de vida saudáveis, levando em consideração também os fatores culturais e socioambientais como essenciais na definição de práticas saudáveis (BRASIL, 2005).

A PNAN tem como diretriz a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas a alimentação e nutrição, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos, bem como os estímulos às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2005).

Embora o setor saúde tenha tido maior responsabilidade no que concerne à promoção da alimentação saudável, assegurar o direito à alimentação adequada a toda a população é uma responsabilidade que precisa ser dividida com os demais setores e com a sociedade civil.

Nesse âmbito, certamente, o enfoque da alimentação no curso da vida do indivíduo é essencial para compreender como intervenções nutricionais podem contribuir para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Desta maneira, se insere o nosso cuidado com a alimentação desde a infância, por sabermos que nessa fase, principalmente durante a primeira infância, há uma correlação da alimentação inadequada com doenças infecciosas, prejuízos no crescimento e desenvolvimento da criança, como também se acredita que, quanto mais precocemente estimularmos hábitos alimentares saudáveis na infância, práticas alimentares saudáveis serão adotadas por estes indivíduos quando na fase adulta.

Alguns estudiosos confirmam que os hábitos saudáveis e as preferências pessoais aprendidas na infância são transportados para a idade adulta (BIRCH; DAVISON, 2001; KRAHNSTOEVER; LIPPS, 2001; BIRCH; FISHER, 1995).

Além disso, para Fidelis e Osório (2007), a nutrição adequada é fundamental para garantir crescimento e desenvolvimento normais e a manutenção de sua saúde, sendo este estágio de vida um dos biologicamente mais vulneráveis.

É de fundamental importância adequar ou propor medidas de intervenção nutricionais que garantam a saúde, particularmente no segmento da população menor de cinco anos, idade na qual a dieta constitui um dos fatores determinantes da velocidade de crescimento e desenvolvimento (BARBOSA *et al.*, 2005).

O aleitamento materno é a primeira prática alimentar a ser estimulada para promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças.

O Brasil, desde a década de 1980, desenvolve estratégias para apoiar a promoção e proteção do aleitamento materno por meio de iniciativas da capacitação de recursos humanos, apoio aos Hospitais Amigos da Criança, produção e vigilância das normas nacionais de comercialização de alimentos infantis, campanhas nos meios de comunicação e apoio à criação de banco de leite humano, dentre outras (BRASIL, 2003).

Pesquisa realizada por Vasconcelos, Lira e Lima (2006), que comparou a situação do aleitamento materno com os dados da Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, em 1992, ambas realizadas em Pernambuco, verificou-se que houve crescimento na duração mediana, elevando-se de 89 dias para 112 dias. Com relação ao aleitamento materno exclusivo, encontrou-se a mediana deste tipo de aleitamento de 23,4 dias, semelhante à encontrada em outros estudos.

Os autores acreditam que a proximidade com um maior número de serviços de saúde qualificados, o acesso facilitado a esses e às informações sobre os benefícios da amamentação, inclusive pelos meios de comunicação, contribuem para o estímulo e promoção do aleitamento materno.

Em estudo de Machado e Bosi (2008) com mães que amamentaram exclusivamente, elas revelaram que mães reconhecem que, para além de fatores de defesa do leite humano para o bebê, há uma associação da amamentação com o vínculo estabelecido entre mãe e filho. Ao lado disso, as mulheres demonstram conhecer as vantagens da amamentação, especialmente na prevenção das diarreias e infecções respiratórias; mas também para a própria saúde, quando previne doenças da mama, pela maior praticidade, bem

como evitando outras despesas familiares, aspectos exaustivamente enfatizados nas campanhas e no discurso dos profissionais.

Ao se avaliar a decisão de amamentar das mulheres, as autoras acima mencionam que observaram uma motivação interior que lhes possibilita superar opiniões e pressões contrárias, fazendo com que se achem seguras quando decidem amamentar os filhos. Sob esse aspecto Vasconcelos, Lira e Lima (2006) lembram que a decisão de amamentar raramente é feita antes do nascimento da criança, fato que confere ao pré-natal ótima oportunidade para orientar e incentivar as mães a amamentarem seus filhos. Nesse estudo, verificou-se uma relação diretamente proporcional entre número de consultas realizadas no pré-natal e o aumento da duração mediana do aleitamento total.

Após a fase do aleitamento materno exclusivo, o incentivo às práticas alimentares saudáveis das crianças acima de seis meses é recomendado com base nos guias alimentares para crianças. Esses guias desenvolvem-se considerando o contexto atual da transição nutricional e, portanto, como consequência, têm seu enfoque tanto na desnutrição e deficiências nutricionais, quanto no sobrepeso em crianças (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION 2004 apud BARBOSA; SALLES-COSTA; SOARES, 2006). São utilizados para descrever as recomendações quantitativas e qualitativas dos padrões dietéticos, baseados em evidências científicas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), “os guias alimentares oferecem recomendações dietéticas, através de comunicados à população, para promover o bem-estar nutricional”; podendo ser expressos sob a forma de orientações nutricionais, ou através de grupos alimentares (BARBOSA; SALLES-COSTA; SOARES, 2006).

Conforme Barbosa, Salles-Costa e Soares (2006), no Brasil, apenas dois guias alimentares para crianças foram desenvolvidos. Em 2002, uma iniciativa conjunta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) com o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Guia Alimentar para Crianças de seis a 23 meses, propondo, além da pirâmide alimentar para essa faixa etária, dez passos para uma alimentação saudável. O outro guia brasileiro foi desenvolvido por Philippi *et al.* (2003) e é um instrumento para orientação nutricional baseado na proposta da pirâmide alimentar dos EUA, adaptada às crianças brasileiras de dois e três anos de idade.

O guia alimentar para crianças menores de dois anos é uma ferramenta prática que permite aos responsáveis a seleção de uma alimentação saudável, incluindo informações sobre higiene dos alimentos, estímulo à amamentação e introdução dos alimentos após o desmame.

Enfatiza a variedade e a consistência adequada dos alimentos, os quais selecionados, devem fazer parte do hábito alimentar da família, ajustados em quantidade e qualidade. A pirâmide alimentar é constituída por oito grupos de alimentos, distribuídos em quatro níveis, apresentados da base ao topo da pirâmide, considerando a sua participação na dieta em quantidades, respectivamente, das maiores às menores, quanto ao número de porções. A organização da pirâmide é feita em função do principal nutriente de cada tipo de alimento e a quantidade necessária. Um alimento não é mais importante do que outro por sua localização; todos os grupos são importantes e têm suas funções. Os grupos são assim formados: grupo (1): cereais, pães e tubérculos (3-5 porções); grupo (2): verduras e legumes (3 porções); grupo (3): frutas (3-4 porções); grupo (4): leites, queijos e iogurtes (3 porções); grupo (5): carnes e ovos (2 porções); grupo (6): leguminosas (1 porção); grupo (7): óleos e gorduras (2 porções); grupo (8): açúcares e doces (1 porção) (Figura 2).

Figura 2. Pirâmide alimentar infantil de crianças de 6 a 23 meses



Fonte: OPAS; BRASIL (2002)

Vitolo *et al.* (2005) ao avaliar o impacto da aplicação das diretrizes nutricionais para crianças menores de dois anos estabelecidas pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, por meio de um estudo de intervenção randomizado, identificaram o fato de que a intervenção com base nas recomendações nutricionais parece ter influenciado positivamente a amamentação e diminuído a ocorrência de morbidades, contudo, não houve evidência de efeito sobre a ocorrência de sobrepeso e baixa estatura. Além disso, a cárie dentária entre 12 e 16 meses de idade foi uma das morbidades sobre a qual a intervenção dietética demonstrou ter efeito protetor, com incidência

de cárie 44,0% menor no grupo-intervenção, quando comparado ao controle. Os autores acrescentam que os efeitos da intervenção sobre o comportamento alimentar indicam que houve adesão a práticas cuja implementação parece mais simples e objetiva, como retardar o uso de outros alimentos durante a amamentação e consumo de guloseimas e alimentos industrializados de baixo valor nutricional.

Conforme os resultados supracitados, os autores concluem que a implementação dos *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos* mostrou-se efetiva na melhora de alguns aspectos da saúde da criança (aleitamento materno, práticas alimentares e morbidades), sendo evidente a necessidade da ampla aplicação desse programa na rede básica de saúde e na comunidade.

O guia desenvolvido por Philipi *et al.* (2003) foi baseado em uma dieta-padrão, planejada para essa faixa etária, contendo os alimentos mais comumente consumidos. Também é dividida em oito grupos: arroz, pão, massa, batata, mandioca (cinco porções), verduras e legumes (três porções), frutas (três porções), carnes e ovos (duas porções), leite, queijo e iogurte (três porções), leguminosas (uma porção), óleos e gorduras (uma porção) e açúcares e doces (uma porção).

Além disso, é recomendado escolher uma dieta variada com alimentos de todos os grupos da pirâmide, dar preferência aos vegetais, como frutas, verduras e legumes, ficar atento ao modo de preparo dos alimentos, procurando facilitar a mastigação e deglutição pelas crianças e dando prioridade aos alimentos em sua forma natural e às preparações assadas, cozidas em água ou vapor e grelhadas.

Os autores ressaltam, também, as preparações culinárias, que devem ser elaboradas de modo a atrair a atenção das crianças, orientam a leitura dos rótulos dos alimentos infantis industrializados para conhecer o valor nutritivo do alimento e seu modo de preparo. Os autores afirmam que a introdução de novos alimentos e preparações deve ser feita de forma gradual e frequente, para que a criança possa aprovar e incluir em seus hábitos alimentares; açúcares, doces, sal e alimentos ricos em sódio devem ser utilizados com moderação; devem-se consumir alimentos com baixo teor de gordura total, dando preferência às carnes magras; devem-se usar gorduras poli-insaturadas encontradas em óleos vegetais (girassol, milho, canola e soja) (Figura 3).

Contudo, a inadequação de nutrientes interfere no processo de desenvolvimento e crescimento da criança e é fator determinante no aparecimento de carências nutricionais ou surgimento de várias manifestações patológicas que repercutirão na vida adulta, como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, etc. Quando o consumo de energia e de nutrientes

está abaixo das necessidades, estabelecem-se as condições para o aparecimento das doenças carenciais que ainda acometem 40% da população humana. Se a oferta excede as exigências biológicas acima dos níveis toleráveis, a tendência é a instalação da chamada patologia dos excessos nutricionais (FIDELIS; OSÓRIO, 2007).

Figura 3. Pirâmide alimentar brasileira infantil – 2 a 3 anos de idade



Fonte: Philippi *et al.* (2003)

2.3.1 Transição nutricional: o paradoxo das demandas nutricionais infantis

A compreensão da dinâmica social, temporal e geográfica da situação nutricional das crianças no País e suas mudanças envolvem um resgate de alguns dados importantes para a determinação do perfil alimentar/nutricional da população brasileira. Podemos destacar as mudanças demográficas visualizadas na estrutura das ocupações de trabalho do País, passando de um mercado eminentemente primário (agropecuário e extrativismo) para um mercado centrado no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia, resultando em transformações cruciais, no que se refere a geração de renda, estilos de vida e, especialmente, demandas nutricionais. Outro aspecto relevante diz respeito à participação da mulher no mercado de trabalho e à diminuição em quase 50% do tamanho da família economicamente dependente, em especial com origem em 1970, movimentos que indiretamente influenciaram

no aumento do ingresso *per capita* de melhoria da renda. A distribuição social da renda, no entanto, não melhorou e a diferença entre ricos e pobres se manteve (BATISTA FILHO; RISSIM, 2003).

Conforme Pontes, Novaes e Bosi (2009, p.143), a transição nutricional é definida como:

fenômeno caracterizado por modificações importantes no padrão de nutrição e consumo de uma dada população, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, associando-se a alterações na magnitude bem como no risco atribuível a agravos vinculados ao padrão de determinação de doenças do “atraso” e da “modernidade”, expressando-se como uma alteração e mesmo uma inversão no perfil de distribuição dos problemas nutricionais das populações, em geral, um trânsito da desnutrição para a obesidade.

É importante esclarecer, contudo, que a desnutrição na infância continua sendo importante problema de saúde pública, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. O que temos é uma polarização de problemas nutricionais. No Brasil, entre 1975 e 1989, como resultado dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviço e programas de saúde, a prevalência da desnutrição infantil foi reduzida em cerca de 60%, representando mais de 1 milhão de crianças; no entanto, a forma bem mais comum de desnutrição, o deficit de altura por idade, está concentrado nas regiões mais pobres do País, evidenciando que o problema não está de todo controlado (MONTE, 2000; MONTEIRO; BENÍCIO; GOUVEIA, 1995 apud MARTINS *et al.*, 2007).

Ademais, no mesmo período em que ocorreram um declínio marcante do deficit estatural e a emergência epidêmica da obesidade, continua elevada a prevalência de anemia, com uma frequência modal entre 40 a 50% em menores de cinco anos (BATISTA FILHO, 1999). A anemia representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial do País, aparentemente sem grandes diferenciações geográficas, afetando, em proporções semelhantes, todas as macrorregiões (BATISTA FILHO, 1999; OSÓRIO, 2000; SANTOS, 2002).

Helmann (2009) ao discutir a epidemia global da obesidade, destaca o grande aumento da obesidade infantil, com cerca de 22 milhões de crianças de menos de cinco anos, sendo agora classificadas como acima do peso. O risco desta situação é que isso, por sua vez, pode resultar em uma variedade de desordem, psicológica e física, e pode-se inferir que muitas dessas crianças serão adultos obesos, com todos os riscos de saúde associados. Para reduzir essa possibilidade, a Organização Mundial de Saúde recomenda a promoção de um estilo de vida ativo para as crianças, restringindo as horas em frente à televisão, diminuindo o

consumo de lanches industrializados e refrigerantes adoçados e aumentando a ingesta de frutas e vegetais (HELMANN, 2009).

Pesquisas desenvolvidas nas regiões Sul e Sudeste do País apontaram a obesidade infantil como o principal problema nutricional, superando os índices de desnutrição. Corso *et al.* (2003), estudando a prevalência da eutrofia, desnutrição e sobrepeso em menores de seis anos em Florianópolis, no Estado de Santa Catarina, identificaram que a prevalência mais elevada foi a de sobrepeso, 6,8%. Tronco *et al.* (2007) realizaram seus estudos em Campinas, São Paulo, com objetivo de verificar a associação entre atividade física e características socioeconômicas com a presença de obesidade e/ou sobrepeso em crianças de seis a 14 anos em duas amostras populacionais diferentes: escolares que frequentavam a Escola Estadual Sérgio Porto, que atende a filhos de funcionários da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e pacientes que procuraram o Ambulatório de Pediatria no Hospital de Clínicas (HC), ambos situados no *campus* da Unicamp, na cidade de Campinas. Na análise dos resultados, verificaram que, das 107 crianças avaliadas na amostra ambulatorial, 14 apresentaram sobrepeso (13,1%) e 12 obesidade (11,2%). Em relação à classificação por diagnóstico, dos 109 escolares, observou-se que 18 crianças apresentavam sobrepeso (16,5%) e 22 eram obesas (20,2%).

Estudo realizado no Brasil evidenciou o incremento do número de crianças e adolescentes com excesso de peso. Na região Nordeste, em 1989, a prevalência de crianças obesas menores de cinco anos era de 2,5%, passando a 4,5% em 1996. Entre adolescentes, a prevalência de sobrepeso e obesidade atinge índices de 12,1% e 10,8% nas Regiões Sudeste e Nordeste, respectivamente (BOA-SORTE, 2007).

A pesquisa desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1996, denominada Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), revelou que 4% das crianças pré-escolares apresentaram sobrepeso, sendo 2,7% no Nordeste e 5,2% no Sudeste. Em 2006, novo estudo do PNDS, divulgado recentemente, revelou que situações de excesso de peso em relação à altura foram encontradas em 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos, que variou de 6% na região Norte a 9% na região Sul, indicando exposição moderada e crescente à obesidade infantil em todas as regiões do País. Mencionado estudo apontou também intensiva relação positiva entre o aumento da exposição ao sobrepeso e a escolaridade da mãe, encontrando 4% de crianças com excesso de peso nos filhos de mulheres sem escolaridade e 9% nos filhos de mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade.

O ritmo da transição nutricional enfrentado por muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, aumentou a probabilidade da coexistência das condições de

desnutrição e obesidade no mesmo grupo populacional e, talvez, dentro da mesma família (POPKIN, 1998, 2001, 2002; POPKIN *et al.*, 2001). De fato, devemos considerar que as condições da desnutrição e obesidade não podem ser tratadas de forma isolada ou oposta no contexto da saúde pública, e muitos países em desenvolvimento terão programas de saúde que abordarão simultaneamente ambas as condições (POPKIN, 1998, 2001, 2002; POPKIN, *et al.*, 2001; MONTEIRO *et al.*, 2002, 2004).

A insegurança alimentar é uma variável crítica para a compreensão do estado nutricional de populações de baixa renda, especialmente no âmbito do desenvolvimento de economias em transição demográfica e transição nutricional. Baixo nível socioeconômico está associado a uma dieta inadequada, a insegurança alimentar, e mau estado de saúde infantil (BICKEL *et al.*, 2000; COOK, 2004; UAUY; MONTEIRO, 2004; POPKIN; GORDON-LARSEN, 2004). Nos países como o Brasil, que enfrentam recentes e repetidas crises econômicas e reestruturação dos seus serviços sociais, a população pobre da zona urbana poderá enfrentar a insegurança alimentar e a dieta inadequada (BICKEL *et al.*, 2000; COOK, 2004; OLSON, 1999), de forma a potencializar o aumento de risco para ambos os problemas nutricionais, a desnutrição e a obesidade.

O crescimento, a saúde e o desenvolvimento geral, principalmente no que diz respeito às crianças de zero a cinco anos de idade, relacionam-se estreitamente com a disponibilidade de alimentos, com a salubridade do ambiente e, por fim, com a adequação dos cuidados dispensados à criança. Salubridade ambiental, disponibilidade de alimentos, bem como os cuidados destinados às crianças, são modulados pelo nível de renda, que por sua vez pode ter sua influência atenuada ou intensificada por outros fatores, como: ofertas de serviços públicos de saúde, saneamento, educação e auxílios governamentais de subsídios ou doação de alimentos (MARTINS *et al.*, 2007).

Conforme vimos no capítulo anterior, no entanto, recentemente houve uma alteração nos índices de pobreza após a implementação do Programa Bolsa-Família em nosso país. Dada importância da renda familiar como fator que interfere no estado nutricional, este estudo pode contribuir para a elucidação do impacto deste programa governamental que tem em seus fundamentos a garantia da promoção de uma alimentação saudável a certos grupos da população.

2.4 Práticas Alimentares e Subjetividade

No capítulo anterior, fizemos uma discussão sobre alimentação infantil no âmbito biológico e epidemiológico, tratando das recomendações ideais para a alimentação das crianças de zero a cinco anos bem, como das demandas nutricionais da atualidade. Buscaremos agora imergir no plano subjetivo e simbólico, indispensável em um estudo voltado para as práticas alimentares das crianças de zero a cinco anos beneficiadas pelo PBF.

Embora haja várias recomendações dietéticas para criança em suas diferentes faixas etárias, como vimos anteriormente nos guias alimentares publicados no Brasil, vale salientar que as recomendações dietéticas esbarram em uma série de limitações. Conforme Azevedo (2008), há um imenso número de informações sobre ideologias alimentares e, especificamente, sobre nutrição saudável, amplamente difundidas, mas poucos são os que seguem à risca os princípios promovidos por elas. Por isso, a maioria de nós que entendemos os conselhos divulgados os vemos em prática naquilo que melhor nos serve e não por uma adoção ideológica a todo o discurso em si.

Compreendemos que a nutrição e as práticas alimentares são fenômenos sociais, não podendo ser abordadas por uma só perspectiva disciplinar, pois o significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico. Nessa perspectiva, entendemos como práticas alimentares a seleção, o consumo, a produção da refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão, isto é, o que se planta, o que se compra, o que se come, como se come, onde se come, com quem se come, em que frequência, em que horário, em que combinação, tudo isso conjugado como parte integrante das práticas sociais (ROTEMBERG; DE VARGAS, 2004).

A alimentação da criança envolve os mais diversos significados, desde o âmbito cultural até as experiências familiares. Nas práticas alimentares, que vão dos procedimentos relacionados à preparação do alimento ao seu consumo propriamente dito, a subjetividade veiculada inclui a identidade cultural, a condição social, a religião, a memória familiar, a época, que passam por experiência diária (GARCIA, 1994).

A cultura é aqui compreendida como um sistema de símbolos e significados formado de relações internas, de um modo particular de pensar o mundo, pois é na cena do cotidiano, em cada contexto específico, com símbolos significativos, que se inscreve um texto para interpretação da cultura (GERTZ (1989) apud FREITAS E PENA 2007). Nesse sentido,

para o conhecimento das práticas alimentares da criança, é necessário compreender o objeto a partir das ações que o envolvem em diferentes espaços das relações sociais.

Assim, estando a alimentação humana impregnada pela cultura, é possível pensar os sistemas alimentares como sistemas simbólicos em que códigos sociais estão presentes atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza. Uma das dimensões desse fenômeno é a que se refere à construção de identidades sociais/culturais. No processo de construção, afirmação e reconstrução dessas identidades, determinados elementos culturais (como a comida) podem se transformar em marcadores identitários, apropriados e utilizados pelo grupo como sinais diacríticos, símbolos de uma identidade reivindicada (MACIEL, 2005).

Nesse âmbito, a primeira interação do indivíduo é no seio familiar, pois a criança inicia sua alimentação conforme as práticas habituais da família. É possível que, pela observação do comportamento alimentar dos seus pais, as crianças adotem comportamentos semelhantes. O ato de comer é um acontecimento social, sendo que as outras pessoas que se encontram a comer à nossa volta podem servir de modelos (CUTTING *et al.*, 1999 apud SIVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Além disso, é especialmente na infância que é conferida mais importância à resposta sensorial. Por isso, além dos conteúdos alimentares, há ainda as regras de conduta ensinadas às crianças, como se portar à mesa, ter horário para comer, desenvolver bons hábitos alimentares, como segurar os talheres, enfim, o aprendizado de boas maneiras. Somado a isso, temos as regras de higiene pessoal.

As relações de amizade na sociedade brasileira também são permeadas por uma troca de alimentos. Assim, conforme a região, o visitante, parente ou amigo será sempre recepcionado com um cafezinho ou até mesmo um lanche completo. As relações de vizinhança também se caracterizam por troca de comidas e novas receitas (DANIEL; CRAVO, 2005).

Os autores acrescentam que o caráter simbólico dos alimentos pode ser verificado quando se procuram explicações para determinadas doenças. Assim, há certas normas no que diz respeito ao horário e mistura dos alimentos, como manga com leite ou vinho com melancia, são totalmente proibidos. Há também prescrições quanto ao horário de ingestão de certos alimentos. Diz o aforismo popular: banana de manhã é ouro, de tarde é prata, de noite mata.

Lembramos ainda dos meios de comunicação, que no nosso cotidiano, têm considerável impacto no que as pessoas comem e o que pensam sobre os alimentos. A

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1996) informa que 86,2% da população brasileira possuem televisores em seus lares e 90,3% possuem rádio, bens de consumo que assumem a liderança da pesquisa, enquanto o item geladeira ocupa o quinto lugar, com 80,3%. Com essas informações, podemos observar a existência de brasileiros que dão preferência à aquisição de meios de comunicação nos seus lares em detrimento de outros bens de consumo, considerados como necessários à rotina e à manutenção básica de uma família (ANDRADE; BOSI, 2003)

Em função das representações sobre o significado do alimento, são definidas as alimentações apropriadas para diversas faixas etárias. Lindsay *et al.* (2008), Machado e Bosi (2008) descrevem em seus estudos, realizados no Ceará, que os aspectos culturais da alimentação podem influenciar no estado de saúde da criança. A crença de que o leite acrescido de algum complemento, como amido, é o alimento que proporciona sustentação e engorda a criança, foi relatada por diversas mães. Além disso, as autoras comentam que a utilização de alimentos industrializados parece estar sendo disseminada nas práticas alimentares de crianças, possivelmente pela praticidade, mas, também, pela divulgação massiva da indústria de alimentos, com mensagens veiculadas pela mídia e incorporadas como necessárias pela comunidade.

Podemos perceber o caráter simbólico do alimento também nos rituais religiosos de nossa sociedade. A igreja católica orienta abstinência de carne e mesmo jejum em certas datas 'santificadas'. Ao mesmo tempo, incentiva seus adeptos a participarem do alimento fundamental do Cristianismo que é a Eucaristia, isto é, 'o corpo e o sangue de Cristo', consubstanciado na hóstia e no vinho. Além disso, a gula, entendida como um dos pecados da religião católica, expressa um controle da Igreja sobre os hábitos alimentares (DANIEL; CRAVO, 2005).

A alimentação também é uma variável que se diferencia nos segmentos sociais. Para Canesqui (1988, p. 213),

a alimentação é sempre concebida como medida de privação dimensionado-se as limitações salariais para sobrevivência e o padrão alimentar possível de ser obtido. Esta avaliação também incorpora ideais de consumo pela incorporação de necessidades renovadas e de ascensão social, numa perspectiva centrada no indivíduo e não nas forças sociais organizadas.

A desigualdade referida entre ricos e pobres é estabelecida mediante comparações pelo fato de os ricos disporem de dinheiro e adquirirem "boa comida, muitas bebidas, sobremesa, carne todos os dias e comida variada"; sendo o resultado não apenas uma dieta de melhor qualidade, mas principalmente de uma dieta que representa uma condição de vida

melhor em termos de aspiração a um padrão de consumo. Por outro lado, para os pobres, a comida valorizada é aquela "capaz de sustentar o corpo, dar força e energia para trabalhar, a que enche a barriga, deixando a sensação de estar alimentado". Trata-se, enfim, da "comida de pobre", cuja lógica da insuficiência e da "barriga cheia" preside as práticas de consumo alimentar, sempre conjugadas aos determinantes gerais e específicos do consumo alimentar, concomitantemente de natureza econômica, ideológica e cultural (CANESQUI, 1988).

A renda, em sua expressão monetária, pode ser tomada como a variável mais comum, nos diversos cenários da pobreza e, portanto, nos vários conjuntos de fatores que produzem a desnutrição (BRASIL, 2000). Pesquisa realizada por Monteiro *et al.* (2007) constatou que dois terços do declínio na prevalência da desnutrição infantil no Brasil no período de 1996-2007 pode ser atribuído a melhorias em quatro fatores: escolaridade materna, o poder aquisitivo familiar, cuidados maternos e saúde da criança.

Outro aspecto estudado em Rissin *et al.* (2006) como indicador de risco nutricional foram as condições de moradia. Para os autores, o indicador analisado traduz, de fato, um complexo de situações que devem ser devidamente valorizadas no setor saúde. É possível que se deva à ocorrência de famílias numerosas abrigadas sob o mesmo teto, sobrecarga na relação dependente/ provedor econômico e demanda elevada de alimentos. Pode significar, também, condições higiênicas desfavoráveis, possibilidades aumentadas de contaminações por agentes patogênicos (helmintos, protozoários, vírus, bactérias). Por conseguinte, o que ocorre com a situação nutricional adversa corre paralela com outros eventos epidemiológicos, que caracterizam o perfil nosográfico da pobreza.

De tal forma, vários fatores podem influenciar na adoção de práticas alimentares saudáveis, especialmente durante a infância. Seja pela abundância de alimentos entre os ricos ou pela escassez entre os pobres, enfim, por diversidade das condições de classe, regionalismos e tradições, existe um amplo campo de atuação profissional da nutrição em face da realidade brasileira. Essas várias situações que enumeramos servem para refletir sobre a diversidade sociocultural. Procuramos demonstrar é que os hábitos alimentares obedecem a um código não só econômico ou utilitário, mas, principalmente, simbólico. É necessária, portanto, uma conscientização por parte dos profissionais da saúde para que se entendam as especificidades das situações consideradas, as quais sempre passam pela dimensão simbólica dos grupos (CANESQUI, 1988).

Considerando a multiplicidade de fatores relacionados à promoção da alimentação saudável, o Ministério da Saúde orienta que uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Os alimentos têm gosto, cor

forma, aroma e textura, e todos esses componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes; contudo, os alimentos não podem ser resumidos somente a eles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas (BRASIL, 2003).

Assim sendo, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma abordagem necessária para saúde da criança.

É de fundamental importância adequar ou propor medidas de intervenção nutricionais que garantam a saúde, particularmente no segmento da população menor de cinco anos, idade na qual a dieta constitui um dos fatores determinantes da velocidade de crescimento e desenvolvimento (BARBOSA *et al.*, 2005).

2.4.1 Estudos sobre práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo PBF

As pesquisas acerca do fenômeno das práticas alimentares das crianças beneficiadas pelo PBF ainda são escassas, como mencionamos anteriormente. A vista do nosso problema de pesquisa, realizamos uma busca de artigos publicados no período de 2003-2009, disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde, do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BVS/BIREME), utilizando a Scielo como uma das bases de dados principais. Para a busca nos periódicos investigados, utilizamos como palavras-chave: *Bolsa Alimentação, Política de Alimentação e Nutrição e Nutrição infantil*. Ressaltamos que a seleção dos descritores utilizados na revisão foi efetuada mediante consulta ao DeCS (descritores em ciências da saúde, desenvolvido pela BIREME).

Com tal procedimento de busca, foram identificadas, inicialmente, 361 publicações, potencialmente elegíveis para incluir nesta revisão.

Em seguida, identificamos os artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) artigos publicados a partir de 2003, período em que completava um ano de implementação do Programa Bolsa-Família; b) artigos em português, com textos completos, publicados em periódicos nacionais e c) resultados que abrangessem as práticas alimentares de crianças e/ou famílias beneficiadas pelo PBF.

Foram excluídas teses, dissertações e monografias, visto que a realização de uma busca sistemática deste acervo seria inviável logisticamente.

Após a primeira análise, com avaliação dos títulos e resumos, apenas 12 artigos foram considerados elegíveis para a segunda fase desta revisão, que consistiu preencher os

critérios de inclusão. Ao final, apenas seis artigos atenderam a todos os critérios pre-estabelecidos.

Os artigos não aceitos para esta revisão (n=355) tiveram como razões para sua exclusão os seguintes fatores: não foi possível obter a versão completa, tinham como objetivo avaliar o Programa Bolsa-Família em outras dimensões, como gestão, controle social, aspectos políticos, e muitos com análise sobre direitos humanos e as condicionalidades impostas pelo Programa, percepções dos profissionais de saúde sobre o PBF e impacto do PBF nas desigualdades sociais. Ademais, outros estudos com enfoque nutricional não tinham relação dos seus resultados com o PBF.

Portanto, investigamos, também, na Biblioteca Virtual do Programa Bolsa-Família, um total de 90 artigos. Conforme os critérios deste estudo, foram incluídos cinco deles, totalizando 11 artigos. No Quadro 1, é descrito uma sinopse das publicações revisadas. Identificamos dois estudos reflexivos, três de natureza qualitativa e seis com indicadores quantitativos. Dessa forma, há um forte predomínio de estudos que valorizam dados numéricos, em sobreposição a estudos que analisam em profundidade o fenômeno pesquisado.

Canesqui (2009) considera que, há três décadas, deu-se no Brasil a interlocução das ciências sociais e humanas (Antropologia, Sociologia, Psicologia, Educação, Ciência Política) com a Saúde Coletiva e, mais recentemente, com a Nutrição. No período de 1940 a 1970, empregaram-se a Etnografia e outras técnicas qualitativas nos clássicos estudos de comunidade feitos por sociólogos e antropólogos, pesquisando, além da organização social, econômica e política das populações urbanas e rurais, a produção, a distribuição e o consumo de alimentos, ao lado dos hábitos, tabus, das restrições e crenças alimentares de populações ribeirinhas, pescadoras e rurais. Foram também realizadas investigações sobre representações e práticas de consumo e a respeito da reprodução da família e estratégias de sobrevivência, complementares ao Diagnóstico Nacional de Despesas Familiares (Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1974/1975), ao lado de outros estudos antropológicos. Posteriormente, foram estudados o simbolismo da alimentação e nutrição, as restrições e proibições alimentares, as comidas ou pratos típicos, marcadores de identidades regionais ou nacionais; as comidas rituais e religiosas, a de *fast food*, as dietas naturalistas, a dieta judaica; a organização e as relações sociais nas feiras e nos mercados, entre outros estudos.

Quadro 2- Estudos que investigaram práticas alimentares de crianças e/ou famílias beneficiadas pelo PBF

Referência	Ano	Delineamento	Sujeitos do estudo	Local	Principais Resultados
Arruda e Arruda	2007	Reflexivo	--	--	Os usuários do PBF não romperam o ciclo de dependência do Estado. A avaliação das políticas públicas, em nosso País, ainda é um campo tradicionalmente marcado pela carência de procedimentos sistemáticos, que possibilitem concluir sobre o impacto e a implementação.
Pasquim e Santos	2007	Descritivo, natureza qualitativa	Gestores estaduais e federais do PBF	Brasil	Maior gasto do benefício com alimentos, dietas mais diversificadas, no entanto verificou-se ganho de peso insuficiente. Quando o investimento do benefício é direcionado para alguma atividade produtiva, não é considerado legítimo.
Magalhães e Bodstein	2009	Avaliativo Estudo de caso	Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos e Programa Bolsa Família	Manguinhos/Rio de Janeiro	As famílias ampliam o consumo de alimentos, mas isto nem sempre pode ser traduzido como práticas alimentares saudáveis
Silva e Silva	2007	Reflexivo	--	--	Pouca alteração na situação de pobreza da grande maioria das famílias.
Braga <i>et al</i>	2009	Descritivo. Natureza quantitativa	Crianças de 2 a 6 anos	Vitória da Conquista - BA	66,66% (n=152) são eutróficos; 21,49% (n=49) são desnutridos progressos; 9,64% (n=22) são desnutridos, mas que recuperaram sua condição pondero-estatural; 9,64 (n=22) são desnutridos atual; 2,19% (n=5) são desnutridos crônicos ou evolutivo. Das 152 (66,67%) crianças consideradas eutróficas 8,33% (n=19) são classificadas com

					sobrepeso e 3,50% (n=8) como obesas.
Segal <i>et al.</i>	2008	Tranversal. Utilizou o banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio – PNAD/2004	112.716 domicílios	--	O PBF aumenta a chance de segurança alimentar ou insegurança leve, isto é, afasta as famílias da insegurança moderada ou grave, que constitui uma expressão maior de pobreza. A situação de residência em meio rural favorece a chance de segurança alimentar.
Pereira <i>et al.</i>	2009	Exploratório descritivo. Natureza qualitativa	Famílias beneficiadas e não beneficiadas e comerciantes	Manari- PE; Setubinha- MG; Buritinópolis e Ortigueira- PR	Grande parte do valor do benefício é utilizada na compra de alimentos; no entanto, na maioria das vezes, as famílias compram apenas itens básicos. O PBF repercutiu positivamente na quantidade de refeições que as famílias realizavam.
Salles-Costa <i>et al.</i>	2009	Tranversal. Utilizou o banco de dados da Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio – PNAD/2004	112.716 domicílios	--	Prevalência de Insegurança Alimentar (IA) de 83,1% correspondendo a nove milhões e 200 mil famílias beneficiadas pelo PBF. Famílias residentes na Região Nordeste apresentaram maior prevalência de insegurança alimentar, principalmente as formas mais graves. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções maiores de famílias com Segurança Alimentar. As famílias com as formas mais graves de IA complementavam a alimentação obtida na compra de alimentos com doações, ajuda de parentes e amigos.
Lignani e Salles-Costa	2009	Transversal	5.000 domicílios	--	Cerca de 80% das famílias beneficiadas apresentaram algum grau de insuficiência alimentar. Quanto maior a gravidade da situação de insegurança alimentar

					das famílias beneficiadas pelo PBF, maior chance no aumento do consumo de cereais e dos feijões, ovos, e das carnes em geral, bem como das fontes de gorduras, dos alimentos industrializados e dos açúcares. A região Nordeste apresentou a maior chance de aumento no consumo da maioria dos grupos de alimentos, exceto para o consumo de tubérculos e raízes, cuja associação foi inversa.
Salles-Costa e Segall-Correa	2009	Transversal	5.000 domicílios	—	Um percentual importante de famílias se referiu a um aumento significativo na quantidade e variedade de alimentos, como também na compra de alimentos para crianças. A inclusão do PBF possibilitou o maior consumo de todos os grupos de alimentos, ressaltando que as famílias com as formas mais graves de IA foram as que se referiram às maiores modificações no consumo alimentar.
Pirani	2009	Exploratório descritivo. Natureza qualitativa	Beneficiárias do PBF	Rolândia-PR	Melhoria da alimentação enriquecendo o suprimento diário com carnes, laticínios, frutas e bolachas, consideradas gênero de luxo para algumas delas.

Arruda e Arruda (2007) acentuam que analistas da área econômica ponderam acerca da possibilidade dos usuários do PBF não romperem o ciclo de dependência do Estado, e ser essencial o desenvolvimento de um modelo de avaliação capaz de identificar as origens dos desperdícios e de manter um diálogo com os demais programas governamentais. Esses autores citam Lavinias e Garcia (2004), ao dizerem que esforços numerosos e bem intencionados são envidados para avaliar a eficácia do PBF, mas ainda há pouco a dizer.

Outro fator impeditivo trata-se da “... inadequação de mecanismos estaduais e municipais de gestão que possam garantir que a população mais carente seja efetivamente atendida pelos programas em andamento.” (VALENTE 2004 apud ARRUDA; ARRUDA 2007)

Conforme estudo realizado por Pasquim e Santos (2007) com gestores do PBF, há uma avaliação positiva da Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre o PBF:

[...] permite uma flexibilização na pauta de alimentos comprados pela família, respeitando a cultura [...] reforça o papel da mulher/mãe na gestão dos recursos, reconhecendo a capacidade das famílias de utilizá-lo de forma adequada [...]. Ao fazer isso, [...] reconhece que a [...] nutrição não passa, exclusivamente, pela compra direta de alimentos, mas por uma melhoria [...] da qualidade de vida.

A principal questão levantada pela maioria (7) dos estudos, contudo (PASQUIM; SANTOS, 2007; MAGALHÃES; BOSDTEIN, 2009; BRAGA *et al.*, 2009; SEGAL *et al.*, 2009; PEREIRA *et al.*, 2009; SALLES-COSTA; SEGAL-CORREA, 2009; PIRANI, 2009), relaciona-se à ampliação do consumo alimentar das famílias beneficiadas pelo PBF, no entanto, apontam que esse fato não significa adesão de práticas alimentares saudáveis.

Ademais, para Silva e Silva (2007), Salles-Costa *et al.* (2009), e Lignani e Salles-Costa (2009), o PBF possibilitou pouca alteração na situação de pobreza dos beneficiários. Segundo Salles-Costa *et al.* (2009), a prevalência de Insegurança Alimentar (IA) foi de 83,1%, correspondendo a nove milhões e 200 mil famílias assistidas pelo PBF. As famílias com as formas mais graves de IA complementavam a alimentação, obtida na compra de alimentos com doações, ajuda de parentes e amigos.

Lignani e Salles-Costa (2009) verificaram que, quanto maior a gravidade da situação de insegurança alimentar das famílias beneficiadas pelo PBF, maior chance no aumento do consumo de cereais e de feijão, ovos, e das carnes em geral, bem como das fontes de gorduras, dos alimentos industrializados e dos açúcares. A região Nordeste apresentou a maior chance do aumento no consumo, da maioria dos grupos de alimentos, exceto para o consumo de tubérculos e raízes, cuja associação foi inversa.

As evidências científicas provenientes dos estudos descritos nesse artigo nos permitem afirmar que o fato de adquirir o benefício do PBF não implica, necessariamente, na melhoria da qualidade de vida dessa população, já que práticas alimentares saudáveis não são adotadas no cotidiano diário dessas famílias.

Vimos, porém, a dificuldade de encontrar publicações com a temática em questão. Portanto, consideramos louvável a iniciativa dos pesquisadores da área que desenvolveu

pesquisas sobre inquéritos nutricionais e aprofundamento de questões relacionadas à nutrição de crianças brasileiras.

Ao mesmo instante, a comunidade científica deve atentar para explorar mais esse assunto nas diversas regiões do País, para que nos apresentem resultados que propiciem reflexões e práticas de intervenção para a promoção da alimentação saudável, de forma especial, os usuários do Programa Bolsa-Família, que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, vítimas de vulnerabilidades sociais.

Finalmente, o Programa Bolsa-Família teve sua implementação em 2003 e já se passaram sete anos. Concluimos que se trata de uma política social de grande dimensão na área da saúde, educação e assistência social no País. Portanto, estudantes, profissionais da saúde e usuários devem buscar obter resultados sólidos para a efetividade desta política, de forma especial no campo da alimentação e nutrição, visto que essa área esbarra em uma série de limitações, como a complexidade da mudança comportamental, os aspectos culturais inerentes às famílias instituídas no Programa e a renda familiar.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Compreender como o Programa Bolsa-Família (PBF) contribui para as práticas nutricionais de crianças de zero a cinco anos, na percepção das mães beneficiadas, em Sobral-Ceará.

3.2 Específicos

- Compreender os limites e as possibilidades relacionadas às práticas alimentares, percebidas pelas mães, beneficiadas pelo Programa Bolsa-Família.
- Conhecer como ocorre a seleção dos usuários para inserção do PBF sob a óptica das mães.
- Identificar as formas de aquisição de alimentos comprados pelas mães, após o recebimento do recurso do PBF.
- Identificar o consumo alimentar da criança e sua família antes e após a aquisição do benefício Bolsa-Família

4 METODOLOGIA

Em razão da complexidade do objeto em estudo, optamos por efetivar uma pesquisa com abordagem qualitativa. Ressaltamos que este estudo se caracteriza também como uma pesquisa exploratória, haja vista serem ainda muito escassas na literatura produções empíricas ou conceituais, acerca da questão demarcada, na perspectiva aqui adotada.

A pesquisa qualitativa é útil para identificar conceitos e variáveis relevantes de situações que não podem ser analisadas em profundidade, a partir de estudos quantitativos. Evidencia-se, ainda, o valor da pesquisa qualitativa para estudar sentimentos, motivações, crenças e atitudes (BOSI; MERCADO, 2004).

Além disso, a pesquisa qualitativa se caracteriza, em geral: 1) por sua flexibilidade de adaptação durante seu desenvolvimento, inclusive no que se refere à elaboração progressiva do próprio objeto da investigação; 2) por sua capacidade de se ocupar de objetos complexos, como as instituições sociais, ou grupos estáveis, ou ainda de objetos ocultos, furtivos, difíceis de apreender ou perdidos no passado; 3) por sua capacidade de englobar dados heterogêneos, de combinar diferentes técnicas de coletas de dados; 4) por sua capacidade de descrever em profundidade vários aspectos importantes da vida social concernentemente à cultura e à experiência vivida, justamente em virtude da sua capacidade de permitir ao pesquisador dar conta (de um modo ou de outro) do ponto de vista do interior, ou de baixo; 5) finalmente, por sua abertura para o mundo empírico, a qual se expressa, geralmente, por uma valorização da exploração indutiva do campo de observação (PIRES, 2009).

Dessa forma, abordagens qualitativas enfatizam respostas baseadas no discurso das pessoas e proporcionam a oportunidade para uma nova e inesperada informação que emerge, tais como percepções, práticas e comportamentos, que podem levar diretamente a reflexões sobre o sucesso ou fracasso de uma intervenção. Assim sendo, neste ensaio, o método qualitativo é ideal como um dos primeiros esforços para compreender a influência das concepções e vivências práticas do cuidado materno e de programas sociais sobre a alimentação infantil, em diferentes contextos socioculturais.

Ante esse desafio, buscamos utilizar a fundamentação epistemológica da fenomenologia hermenêutica neste estudo como via oportuna para nossa elaboração teórico-metodológica.

Ao descrever a hermenêutica, Gadamer (1999) a entende como a busca de compreensão de sentido presente na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Dessa forma, a hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, seguindo alguns pressupostos: o ser humano é um ser histórico e finito e complementa-se por meio da comunicação; sua linguagem também é limitada; assim, é preciso compreender também seu contexto e cultura.

Conforme Minayo (2008), metodologicamente, a hermenêutica se encaminha dentro dos seguintes aspectos: busca esclarecer o contexto dos diferentes agentes e das propostas que produzem; acredita que existe um teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens que servem como veículo de comunicação; coloca os fatos, os relatos e as observações no contexto dos agentes; assume seu papel de julgar e tomar posição sobre o que ouve, observa e compartilha; e produz um relato dos fatos em que os vários agentes se achem contemplados.

Para a hermenêutica, entretanto, a compreensão só é possível pelo estranhamento, pois a necessidade do entendimento surge do fracasso da transparência da linguagem assim como da própria incompletude e finitude humanas. Assim, a atividade hermenêutica sucede entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo (MINAYO, 2008).

4.1 Campo do Estudo

A pesquisa foi realizada no Município de Sobral-CE, situado à zona do sertão centro-norte do estado do Ceará, com uma área de 1729km² e está a 224km da capital de Fortaleza, abrangendo uma população total de aproximadamente 155.000 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% do sexo masculino. A microrregião (econômica) de Sobral é formada pelos Municípios de Cariré, Forquilha, Granja, Groaíras, Irauçuba, Massapê, Miraíma, Pacujá, Santana do Acaraú e Senador Sá. É também referência em prestação de serviços de saúde, sendo pioneiro na reorganização da atenção básica à saúde com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF).

A implantação do PBF em Sobral ocorreu em outubro de 2003, quando se unificaram os programas remanescentes Programa Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação e Auxílio Gás, conforme histórico nacional. Em 2005, o Município teve que elaborar um termo de adesão, por exigência do Governo Federal, que acentuava a Coordenação do Programa

Bolsa-Família e uma Comissão Municipal de Controle Social. Essa comissão é paritária com dez representantes governamentais e dez não governamentais. Os representantes governamentais são aqueles que representam os setores envolvidos com a gestão do PBF, Secretaria de Educação, Saúde e Ação Social, Habitação e de Tecnologia e Desenvolvimento Econômico. Os representantes não governamentais são cidadãos das associações de bairros e de trabalhadores, porém, há possibilidade de mudanças no controle social do PBF de Sobral passar a ser do Conselho Municipal de Assistência Social, consoante informe da coordenadora do Programa em entrevista realizada por nós em 2009.

As famílias eleitas para a inclusão no PBF de Sobral-CE podem se cadastrar por meio do telefone 0800 do Cadastro Único; o cidadão informa seu endereço e sua solicitação é encaminhada ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do seu território. No caso de famílias residentes em zonas rurais, um cadastrador vai ao domicílio da família, porém, algumas famílias da zona rural ainda vão à Casa do Cidadão de Sobral para se cadastrarem como era antigamente.

São 18.459 famílias beneficiadas pelo PBF no município de Sobral-CE, conforme dados do Cadastro Único do referido município durante o mês de novembro de 2009. Desde 2006, o Município aguardava ampliações de vagas e recentemente, em outubro de 2009, quando foram inclusas 2.600 famílias sobralenses da lista de espera.

A gestão do PBF de Sobral caracteriza-se como gestão compartilhada, a qual procura articular as secretarias de Educação, Saúde e Ação Social, coordenação do Cadastro Único e do PBF no desenvolvimento de ações preconizadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social no que se refere a implementação do PBF.

4.2 Informantes do Estudo

Compreendemos que, no estudo qualitativo, a amostra não se detém na representatividade ou generalização das informações comumente utilizada nas amostras probabilísticas dos estudos quantitativos. A perspectiva é que o “o universo” em foco não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes (DESLANDES; GOMES, 2009).

Conforme preconizado por Minayo (2008), foi adotado o critério de saturação dos dados em detrimento do número prévio de sujeitos do estudo, pois “a validade da amostra está na sua potencialidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões.” Na seleção das informantes que fizeram parte da amostra deste estudo, enfatizamos sujeitos sociais que possibilitassem a compreensão do objeto desta investigação, enfocando em particular essa temática com a mãe, por ser a responsável de direito junto a criança assistida pelo PBF. Assim, 28 mulheres colaboradoras deste estudo eram mães beneficiadas pelo PBF, com no mínimo seis meses de recebimento do recurso, com idade igual ou superior a 18 anos e que tinham pelo menos uma criança menor ou igual a cinco anos.

Com intuito de obtermos uma visão global do ponto de vista desses sujeitos, participaram do estudo mães residentes da sede e da zona rural do referido município.

Na sede do Município de Sobral-CE, foram selecionadas 19 mães com base numa amostra aleatória dos territórios da área de abrangência dos centros de referências de assistência social (CRAS). Os CRAS são as unidades que cadastram e acompanham, de forma descentralizada, as famílias da Sede do Município de Sobral-CE contempladas pelo PBF, conforme o quadro:

Quadro 3 - Área de abrangência dos CRAS de Sobral-CE

CRAS	TERRITÓRIO
CRAS Irmã Oswaldina e Anexo Florinda Nise	<ul style="list-style-type: none"> - Alto da Brasília - Pedra Branca - Betânia - Vila recanto - Paraíso das Flores - Expectativa - Coração de Jesus - Parque Silvana I e II - Campo dos velhos - Colinas
	<ul style="list-style-type: none"> - Dom Expedito - Centro - Tamarindo - Derby Club

CRAS Mimi Marinho e Anexo Santo Antônio	- AABB - Sinhá Sabóia - COHAB I - COHAB II
CRAS Regina Justa	- Vila União - Terrenos Novos - Junco - COHAB III
CRAS Sumaré	- Dom José - Sumaré - Padre Palhano - Santa Casa - Alto Cristo - Padre Ibiapina

Fonte: Elaboração própria, com dados da pesquisa direta.

Dessa forma, participaram cinco mães que residiam no bairro Terrenos Novos (CRAS Regina Justa), seis (06) mães residiam no bairro Dom José (CRAS Sumaré) e oito (08) mães no bairro Sinhá Saboia (CRAS Mimi Marinho e Anexo Santo Antônio).

As mães residentes na zona rural, nove (09), foram selecionadas de distritos localizados próximos da cidade em média 24 km de distância dos distritos à Sobral-CE. Assim sendo, cinco mães residiam no Distrito de Caracará e quatro no Patriarca.

4.3 Procedimentos e instrumentos para coleta das informações

A coleta das informações se deu no período de março a dezembro de 2010.

Antes de iniciarmos a entrevista com as mães, entrevistamos a coordenadora local do PBF para compreendermos o funcionamento do PBF no Município e para viabilizar os registros de acompanhamento das famílias beneficiadas pelo Programa e, dessa forma, selecionar as mães, tanto da sede, quanto da zona rural, por meio de sorteio.

Apesar de não ser objetivo desta pesquisa, entrevistamos também a Coordenadora do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Município, que nos instruiu sobre como

se dá o acompanhamento nutricional das famílias beneficiadas pelo PBF, além de fornecer informações importantes para planejar os procedimentos da pesquisa que se seguiram.

Como parte para o aprofundamento do campo da pesquisa, observamos o processo de cadastramento de famílias com perfil para inclusão no Programa, na Casa do Cidadão, local onde são cadastrados famílias da zona rural do Município de Sobral. Nesse momento, foi utilizada a técnica de observação livre, seguindo roteiro elaborado (APÊNDICE A). De certa forma, a intenção foi de nos subsidiar para a compreensão dos fenômenos que seriam aprofundados no desenvolvimento do trabalho, além de proporcionar uma análise crítica e detalhada do que ocorria na inserção das famílias eleitas para o PBF.

Victoria, Knauth e Hassen (2000) consideram que, na pesquisa qualitativa, observar se define como examinar, com todos os sentidos, um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo. Para Minayo *et al.* (1994), a observação participante é parte fundamental da pesquisa de campo, permitindo captar vários fenômenos que não podem ser obtidos por meio de entrevistas. Elementos relacionados ao ambiente externo e interno, ao comportamento das pessoas, à linguagem verbal e não verbal foram observados, conforme sugestão das referidas autoras.

Depois de selecionadas as mães, contactamos com os agentes comunitários de saúde (ACS) para identificação de seus domicílios. O ACS fez previamente a interlocução com as mães. Em seguida, realizamos as visitas domiciliares com intuito de nos apresentar como pesquisadora, informar sobre os objetivos da pesquisa e solicitar o uso da gravação durante as entrevistas. Assim, quando as mães concordavam, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Tínhamos a pretensão de acompanhar as mães no dia do recebimento do dinheiro do PBF, com o intuito de conhecer a rotina delas naquele dia específico, porém tivemos dificuldades no campo que não permitiram essa estratégia metodológica. Percebemos que as mães temiam que fôssemos técnica/supervisora do PBF e se sentiam fiscalizadas com tal proposta. Assim sendo, sempre apontavam dificuldades, como, por exemplo, mencionavam não saber o dia certo do pagamento, apesar de sabermos que há um calendário anual de recebimento, bem como justificar que não poderiam receber o dinheiro, em razão de afazeres domésticos. Por fim, achamos coerente respeitar suas posições, e desta forma tentar convencê-las de que não éramos profissional do PBF.

Contudo, *a priori*, concentramos a coleta das informações por meio da realização de entrevistas individuais em dois distritos (Patriarca e Caracará) e dois bairros (Terrenos Novos e Dom José) da sede de Sobral-CE. Desta maneira, foi possível aprofundar o estudo sobre o

nosso objeto, conhecendo as características gerais dos bairros onde residiam as mães como condições socioeconômicas das famílias, infraestrutura e comércios existentes na área alimentícia, como também o ambiente doméstico das entrevistadas.

Primeiramente, iniciamos as entrevistas com mães da zona rural nos respectivos distritos - Patriarca e Caracará. As entrevistas constituem uma das técnicas mais utilizadas nas pesquisas qualitativas, embora alguns autores como, Poupart (2009) reconheçam a ambiguidade existente nesse instrumento de pesquisa. Para esse autor, de um lado, as entrevistas constituem uma porta de acesso às realidades sociais, apostando na capacidade de entrar em relação com as outras. Do outro, essas realidades sociais não se deixam facilmente apreender, sendo transmitidas por meio de jogo e das questões das interações sociais que a relação de entrevista necessariamente implica, assim como do jogo complexo das múltiplas interpretações produzidas pelos discursos.

Corroborando Minayo (2008), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização. Neste estudo, optamos pela entrevista semiestruturada, a que obedece a um roteiro com questões assim formadas para o aprofundamento do fenômeno desse objeto de pesquisa (APÊNDICE C).

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e com base na qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir, a fim de prosseguir com uma ideia ou respostas em detalhes (BRITTEN, 2009).

Essa técnica de coleta das informações, no entanto, não foi suficiente para o alcance de nossos resultados. Mesmo reconhecendo que as entrevistas qualitativas requerem considerável habilidade do pesquisador, e seguindo alguns princípios com o objetivo de fazer com que o entrevistado possa verdadeiramente dar conta de sua visão ou de sua experiência, tivemos a dificuldade de fazer com que as mães beneficiárias do PBF falassem espontaneamente e aceitassem se envolver com a pesquisa, talvez pelo fato de o PBF impor condicionalidades e estabelecer punições, como, por exemplo, o cancelamento do recurso, as mães se demonstraram receosas e constrangidas durante as entrevistas.

Os conteúdos iniciais das entrevistas apresentaram-se em sua grande parte com falas monossilábicas. No decorrer do processo de realização das entrevistas individuais das mães da Sede, residentes nos bairro dos Terrenos Novos e Dom José, também deparamos esse mesmo comportamento. Tal fato nos chamou a atenção, confirmando que não era simplesmente uma característica das mães da zona rural; além disso, todas essas limitações

no percurso do trabalho de campo, nos deixaram insegura na definição do momento da saturação das informações.

Perante essa realidade, sentimos a necessidade de utilizar outra técnica em campo que estimulasse as mães a falar com maior tranquilidade. Assim sendo, optamos pela realização de um grupo focal, pois acreditamos que esta técnica aprofunda a interação dos participantes.

A ideia por detrás do método do grupo focal é que os processos grupais auxiliam as pessoas a explorar e clarear sua visão, de modo que seriam menos facilmente acessíveis em uma entrevista frente a frente. A discussão em grupo é particularmente adequada quando o pesquisador deseja estimular os participantes da pesquisa a explorar os aspectos importantes para eles, com seu próprio vocabulário, ensejando suas próprias perguntas e estabelecendo suas prioridades (POPE; MAYS, 2009)

Ensina Minayo (2008) que os grupos focais são utilizados para: (a) focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas, ou seja, ir do geral para o particular; (b) complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; (c) desenvolver hipóteses para estudos complementares. Finalizando, a autora concluiu que essa técnica é utilizada, cada vez mais, na atualidade, como técnica exclusiva na seara das pesquisas qualitativas.

O objetivo principal do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto, produto ou atividade. Assim, a essência do grupo focal consiste exatamente na interação dos participantes com o pesquisador, que durante a condução do grupo atua como mediador. Objetiva colher dados com base na discussão focada em tópicos específicos e diretivos (por isso é chamado grupo focal) (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Dias (2000) entende que, o grupo focal deve ser formado com a reunião de seis a dez pessoas, selecionadas com base em suas características, homogêneas ou heterogêneas, em relação ao assunto a ser discutido. Alguns autores citam grupos com sete, oito ou até 12 pessoas. O número deve ser escolhido de tal forma que estimule a participação e a interação de todos os seus integrantes, de maneira relativamente ordenada. Em termos práticos na pesquisa qualitativa, pode-se considerar o quantitativo de seis pessoas como suficiente para promover uma discussão que produza uma quantidade significativa de informações. Contendo menos de seis pessoas, as ideias e interações tendem a ser mais esparsas e há maior probabilidade de algumas delas se sentirem intimidadas pelos mais extrovertidos, comprometendo assim a qualidade do processo de coleta de dados. Grupos de mais de dez

pessoas, por outro lado, são mais difíceis de gerenciar gerenciados quanto ao foco da discussão e à distribuição do tempo disponível para a participação efetiva de todos (DIAS, 2000).

Outro aspecto que deve ser discutido é o local onde os grupos focais irão ser realizados, pois devem ser identificados previamente, obedecendo às características de neutralidade, acessibilidade e silêncio (fatores importantes para a obtenção de fitas bem gravadas), não movimentado e composto de uma sala com cadeiras dispostas em círculo ou com uma mesa retangular ou oval (BORGES, 2005).

O grupo focal foi realizado com oito mães residentes no bairro Sinha Saboia, área do CRAS Mimi Marinho e Anexo Santo Antônio. A seleção das participantes do grupo focal foi definida em comum acordo com as ACS, que foram orientadas a identificar mães de crianças de zero a cinco anos beneficiárias do PBF, maiores de 18 anos e com no mínimo seis meses de recebimento do recurso que tivessem maior facilidade de comunicação, além de interesse em participar do estudo. Foram orientadas ainda a autorizar as mães a trazerem suas crianças se este fosse o fator impeditivo da participação na pesquisa.

Com o objetivo de evitar perdas e garantir o número mínimo de pessoas nos grupos focais, foi convidado um quantitativo de doze pessoas para composição do grupo, pois temíamos que poderia haver alguma desistência e, conseqüentemente, um total reduzido de participantes.

O grupo focal foi realizado na sala de reunião do Centro de Saúde da Família do Sinhá Saboia. Tivemos o cuidado de acomodar as participantes ao redor de uma mesa retangular, de forma que propiciasse a captura das gravações com qualidade de áudio. Organizamos ainda uma brinquedoteca, no local onde ocorreu o grupo, para distrair as crianças e evitar um clima de ansiedade entre as mães.

Nesse momento, tivemos o apoio de uma facilitadora, seguindo o roteiro semi-estruturado (APÊNDICE D), e das ACS, que auxiliaram na recreação das crianças presentes. Salientamos que para o alcance do objetivo de compreender as dimensões mais relevantes na rotina alimentar da criança após a aquisição do benefício do PBF na perspectiva das mães, as entrevistas individuais se desenvolveram com maior profundidade. Antes do início do grupo focal, informamos às participantes os objetivos do estudo e, sendo inteiramente aceito, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

As entrevistas e o grupo focal foram iniciados com questões abertas, com temas introdutórios, em geral, assuntos do cotidiano, que tiveram o objetivo de “aquecimento” inicial para inserção das questões relativas às experiências das mães que são usuárias do PBF

sobre as práticas alimentares saudáveis de crianças de zero – cinco anos. No decorrer do processo, o material discursivo que emergiu permitiu o desdobramento de novas questões que passaram a orientar as questões seguintes, garantindo um procedimento dialético entre o plano empírico e o delineamento teórico (BOSI; MERCADO, 2004).

Os discursos das participantes foram gravados por meio de gravador digital e transcritos posteriormente, na íntegra, por profissional calibrado. Buscamos obter informações suficientes para a reconstrução do universo simbólico das informantes, de modo a permitir uma análise aprofundada das falas, envolvendo a questão central do tema pesquisado (TESCH, 1995; BOSI; MERCADO, 2006). Vale ressaltar que a recorrência das categorias empíricas nas falas – critério de “exaustão” nos levou a concluir a fase de campo, possibilitando recuperar o universo simbólico focalizado na investigação.

4.4 Análise das Informações

Após as entrevistas e grupo focal, os discursos foram “escutados em profundidade” para captar os significados apreendidos, com arrimo no relato das mães assistidas pelo PBF. Submetemos o discurso das participantes das entrevistas e do grupo focal à análise do discurso.

Na lição de Minayo (2008), análise do discurso é expressão relativamente nova no campo de interseção das Ciências Sociais com a Linguística. Seu criador nas Ciências Sociais é o filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 1960, a Escola Francesa de Análise de Discurso, com o propósito de substituir a Análise de Conteúdo tradicional. O objetivo primordial da análise do discurso, segundo Pêcheux, é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão do significado de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos.

Procuramos obedecer os seguintes passos na análise do discurso: após a realização das entrevistas e do grupo focal, transcrevemos as gravações digitais na íntegra e procedemos à uma primeira leitura do material elaborado, organizamos os relatos, revisamos os objetivos e questões teórico/metodológicas discutidas no estudo. Terminando esta etapa, mapeamos os discursos das participantes, segundo os temas emergentes (sempre guiados pelos objetivos propostos pelo estudo). Esse agrupamento nos permitiu a apreensão dos significados, a associação de ideias e a captação dos pensamentos expressos pelas participantes do estudo.

Para facilitar o entendimento e a organização das falas, utilizamos nome de frutas para mães da zona rural e de hortaliças para mães da Sede. O produto das falas emergidas no grupo focal foi denominado de “baião-de-dois”, prato típico e bem aceito pelos cearenses.

O material que emergiu do trabalho de campo foi analisado a partir de referenciais teóricos da área de Saúde Coletiva, especialmente através das seguintes categorias analíticas: Segurança Alimentar; Vulnerabilidade e Direito Social. (MALUF, 2009; FLEURY, 2007; BOSI, 2010; DIAS, 2009)

A organização e análise das informações deste estudo foram realizadas com suporte de leituras sucessivas e classificação do material em temas e categorias. A categorização do material empírico indicou três temáticas, com base nas quais foram traçados os eixos centrais de análise. 1) A espera pelo benefício; 2) O que se faz com o dinheiro recebido pelo PBF; 3) O que comiam e o que comem as crianças do PBF 4) Fatores que interferem na prática alimentar da criança beneficiada com o PBF; 5) Como ocorre aquisição, seleção e preparo dos alimentos das crianças beneficiária do PBF; 6) O que as mães nos apontam para melhorias do PBF.

4.5 Aspectos legais e éticos da pesquisa

Quanto aos procedimentos éticos, respeitamos os princípios bioéticos postulados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os quais se referem à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O projeto deste estudo foi encaminhado à Comissão Científica da Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral e, antes de se dar início à obtenção das informações, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, obtendo parecer favorável, protocolo n° 790 (ANEXO A).

O princípio da autonomia foi respeitado à medida que foram garantidos o sigilo das respostas e a liberdade das mães para participarem ou não da pesquisa, e a autorização para se afastarem da investigação no momento em que desejarem, sem que isto lhes trouxesse prejuízo à continuidade do Programa Bolsa Família.

Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A e B), em duas vias, as quais os participantes assinaram, tendo ficado uma com o sujeito do estudo e outra arquivada por nós. Nesse momento, foi apresentado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representaria a colaboração dos integrantes para a sociedade.

No que diz respeito à não maleficência, a investigação não trouxe prejuízo às informantes, pois não apresentou riscos ou desconfortos, nem foram utilizados procedimentos invasivos. Ressalta-se que na oportunidade de divulgação ou publicação do trabalho, a identidade das participantes não será revelada, preservando o anonimato.

Os benefícios do estudo podem ser avaliados pela sua relevância, no sentido de contribuir para o conhecimento científico na área da saúde coletiva, compreendendo as práticas alimentares de crianças beneficiadas pelo PBF que implicarão na sua qualidade de vida. No que concerne ao princípio da justiça, todos os sujeitos da pesquisa foram submetidos aos mesmos procedimentos, estando, igualmente, beneficiados pelos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Neste capítulo, são apresentadas as características socioeconômicas e demográficas das mães com crianças de zero a cinco anos beneficiadas pelo PBF que participaram da pesquisa (TABELA 1 e 2).

De forma geral, as características das mães entrevistadas e as participantes do grupo focal são similares. Esse levantamento permitiu breve discussão sobre o perfil das mães participantes deste estudo.

Quadro 4- Características das mães entrevistadas assistidas pelo Programa Bolsa Família SOBRAL, 2011

Entrevistadas	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda Familiar	Tempo de Benefício	Religião	Nº de Pessoas que moram	Nº de Crianças e Adolescentes Beneficiados
Banana	44 a	EFI	Casada	622,00	3 a	Católica	03	03
Laranja	26 a	EFI	Solteira	390,00	1 a	Católica	05	01
Mamão	49 a	Alfabetizada	Separada	400,00	8 a	Católica	07	01
Goiaba	19 a	EFI	União Estável	134,00	5 a	Católica	08	02
Maçã	47 a	EFI	Casada	532,00	2 a	Católica	04	03
Manga	33 a	EMC	Casada	290,00	6 m	Católica	02	01
Pêra	32 a	EFI	Casada	334,00	5 a	Católica	04	03
Melancia	31 a	EMC	União Estável	180,00	6 a	Católica	04	03
Limão	27 a	EMI	Solteira	150,00	1 a	Católica	01	01
Alface	40 a	EFI	Separada	234,00	9 a	Evangélica	04	03
Couve-flor	28 a	EMI	Separada	562,00	1 a	Católica	03	01
Acelga	24 a	EFI	União Estável	364,00	1 a	Evangélica	02	02
Repolho	30 a	EFI	União Estável	480,00	4 a	Católica	05	03
Agrião	27 a	EFC	Solteira	134,00	4 a	Católica	05	03
Quiabo	38 a	EFI	Solteira	192,00	5 a	Católica	02	02
Maxixe	43 a	EFI	Solteira	712,00	7 a	Católica	06	04
Chicória	24 a	EFI	Solteira	44,00	3 a	Evangélica	04	01
Espinafre	22 a	EMI	Solteira	90,00	1 a	Católica	04	01
Escarola	24 a	EMI	União Estável	589,00	4 a	Católica	05	02
Couve	25 a	EMI	União Estável	614,00	3 a	Católica	04	03

Legenda: EFI- Ensino Fundamental Incompleto EFC – Ensino Fundamental Completo a- Anos
 EMC- Ensino Médio Completo EMI – Ensino Médio Incompleto

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa direta

Quadro 5- Características das mães participantes do grupo focal “Baião-de-dois”, assistidas pelo Programa Bolsa Família, SOBRAL, 2011

Mães do grupo focal	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda Familiar	Tempo de Benefício	Religião	Nº de Pessoas que moram	Nº de Crianças e Adolescentes Beneficiados
MGF1	33 a	Alfabetizada	Solteira	545,00	8 m	Católica	04	02
MGF2	42 a	EFI	Separada	212,00	6 a	Católica	07	03
MGF3	24 a	Analfabeta	Casada		6m	Evangélica	04	02
MGF4	25 a	EMC	Solteira	545,00	1 a	Católica	05	01
MGF5	29 a	EFC	União Estável	567,00	6 m	Católica	03	01
MGF6	25 a	EFC	Casada	599,00	2 a	Católica	03	02
MGF7	27 a	EFI	Solteira	422,00	1 a	Católica	01	01
MGF8	33 a	EMC	Casada	102,00	3 a	Católica	03	02

Legenda: MGF – Mães do Grupo Focal a- Anos
 EFI- Ensino Fundamental Incompleto EFC – Ensino Fundamental Completo
 EMC- Ensino Médio Completo EMI – Ensino Médio Incompleto

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa direta

As mães participantes deste estudo apresentaram idade mínima de 19 anos e máxima de 49 anos (média de 45 anos). Quando analisamos o indicador de escolaridade das entrevistadas, identificamos o fato de que apenas duas delas detinham ensino médio completo e uma, ensino fundamental completo. As demais (11) com ensino fundamental incompleto, cinco com ensino médio incompleto e uma alfabetizada. Com relação à escolaridade das mães que participaram do grupo focal, verificamos duas mães com ensino fundamental completo, duas com ensino médio completo, duas com ensino fundamental incompleto, 01 (uma) alfabetizada e uma analfabeta. Dessa forma, observa-se um acesso reduzido ao ensino médio entre as mães beneficiárias do PBF.

Os dados deste experimento são compatíveis com Pesquisa do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) (2006), a qual mostrou que dentre todos os entrevistados, 55,8% apresentavam ensino fundamental; 17,2% exibiam ensino médio e 26,1% das titulares não possuíam nenhuma escolaridade ou somente frequentaram creche ou a pré-escola. A situação das titulares do Sudeste apresentava-se melhor: 66,6% delas

terminaram ensino fundamental; 17,7% ensino médio; e 15,1% não possuíam escolaridade ou somente frequentaram creche ou a pré-escola.

A baixa escolaridade materna aumentou a probabilidade de a criança ter uma alimentação com pior qualidade, pois provavelmente a escolaridade materna determina a capacidade de compra de alimentos mais saudáveis, bem como o acesso à informação adequada. Mães de mais anos de estudo têm maior possibilidade de discernir entre o que é considerado de fato alimento saudável ou não, e poder analisar criticamente a prática da indústria alimentícia, quando utiliza a publicidade direta de seus produtos em todos os meios de comunicação (MOLINA *et al.*, 2010).

Entre as mães entrevistadas e participantes do grupo focal, observamos, quanto ao estado civil, que sete são casadas, quatro são separadas, sete consideraram ter união estável e nove são solteiras. Esse fato nos faz refletir que as mães beneficiadas pelo PBF estão mais expostas à baixa condição socioeconômica, uma vez que não podem contar com auxílio de parceiros nas despesas domésticas.

Pesquisas, no entanto, demonstram mudanças significativas na direção das mulheres se sentirem mais respeitadas pelos membros da família e terem maior poder de decisão após a inserção no PBF (PINTO, 2010). Além disso, o aumento da renda proporcionado pelo Programa ensejou maior autonomia na escolha das compras, maior tranquilidade para o cuidado com os filhos e diminuição da dependência econômica do companheiro (SUÁREZ; LIBARDONI, 2007).

Nota-se que há uma predominância da religião católica entre as entrevistadas e naquelas que participaram do grupo focal, 25 participantes eram católicas e somente quatro evangélicas. Outro apontamento necessário é o número de pessoas que residem no mesmo lar. Verifica-se que há titulares que convivem minimamente com uma pessoa e no máximo com oito pessoas. Imagina-se que o fato de ter muitos membros residindo no mesmo domicílio pode interferir no impacto do PBF na família beneficiada, em especial, à criança beneficiada, pois o recurso, provavelmente, fica sendo utilizado para toda a família.

Quanto à renda familiar, observa-se que 13 das mães relataram renda familiar superior ao estimado pelo PBF. Essa renda adicional está relacionada ao trabalho informal delas ou do companheiro e/ou recebimento de outro benefício por outro membro familiar.

Estudo realizado por Rocha, Khan e Lima (2009), o qual buscou analisar o impacto do Programa Bolsa-Família (PBF) sobre o bem-estar das famílias beneficiadas no Estado do Ceará em 2007, mostrou que a renda provinda do trabalho e de atividades não agrícolas das famílias beneficiadas é inferior, comparada com a das famílias não beneficiadas.

Rendas provindas da produção agrícola das famílias beneficiadas são levemente maiores em relação à não beneficiadas. Quando se realizou um teste de comparação de médias, este revelou que, para a amostra total, a renda média proveniente do trabalho das famílias beneficiadas é estatisticamente significativa. Tal fato sugere a falta de políticas públicas municipais e estaduais voltadas à geração de emprego e renda para as famílias beneficiadas, o que pode constituir maior dependência da política social do Governo Federal.

O estudo retrocitado apontou também que 1,9% das famílias beneficiadas possui renda superior a 15 salários mínimos, o que torna possível crer que essas famílias, são qualificadas a receber os benefícios sem estar dentro dos critérios de elegibilidade.

Dessa forma, observa-se também que família beneficiada fora dos critérios de inclusão pode estar ocupando uma vaga de uma outra mais necessitada, de forma a ensejar uma injustiça social.

O tempo de recebimento do recurso pelas mulheres entrevistadas neste estudo foi de seis meses e o máximo de nove anos (média de três anos). Sobre o número de beneficiários de crianças e adolescentes, obteve-se o dado segundo o qual oito das mães tinham três crianças e/ou adolescentes, sete apenas uma criança e somente uma das entrevistadas quatro beneficiários. Estudo realizado por Castro *et al.* (2009) não revelou achados que comprovassem um possível aumento das taxas de natalidade entre os beneficiários. Segundo os autores, a natalidade é decrescente no Brasil, inclusive na zona rural, que contém a população mais pobre e potencialmente candidata ao PBF. Cesar Victora *et al.* (2011) mencionam que a diminuição das taxas de fecundidade nos últimos anos é um dos determinantes que provavelmente contribui para a queda da mortalidade materna e infantil.

5.2 Temáticas centrais e subcategorias

A família beneficiada pelo PBF, na pessoa da mulher, mãe, assume o compromisso de investir na nutrição, na saúde e na educação de suas crianças. Após a leitura exaustiva das falas das mães entrevistadas, pudemos apreender, na perspectiva da alimentação de sua criança, as temáticas centrais com as respectivas subcategorias, conforme se destacam no quadro abaixo.

Quadro 6- Temáticas centrais e subcategorias das mães de crianças de zero a cinco 5 anos beneficiárias do PBF

TEMÁTICAS CENTRAIS	SUBCATEGORIAS
1. A inserção das mães no PBF	<ul style="list-style-type: none"> - A espera pelo benefício - O que se faz com o dinheiro recebido pelo PBF.
2. Repercussões na alimentação da criança de zero a cinco anos com recursos procedentes do PBF	<ul style="list-style-type: none"> - O que comiam e o que comem as crianças do PBF? - Fatores que interferem na prática alimentar da criança beneficiada com o PBF - Como acontecem a aquisição, seleção e preparo dos alimentos das crianças beneficiárias do PBF
3. Melhorias para o PBF na percepção das usuárias.	Sugestões apontadas pelas mães

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa direta

5.2.1 A inserção das mães no Programa Bolsa-Família

No primeiro tema, buscamos conhecer como foi a inserção das mães no PBF e quais as repercussões imediatas em seu cotidiano, quando passou a ser beneficiárias do PBF. Nessa perspectiva, com suporte nos relatos das mães, foi possível agrupar as informações em algumas dimensões: **A espera pelo benefício e O que se faz com o dinheiro recebido do PBF.**

Entendemos que há uma discussão efervescente na área política e acadêmica sobre os programas de transferência de renda mínima, como o caso do Programa Bolsa-Família, na perspectiva dos direitos sociais (SENNA *et al.*, 2007).

A adoção de medidas voltadas à estabilização monetária, eficiência macroeconômica e restrição dos gastos públicos, sobretudo a partir da segunda metade dos anos 1990, no Brasil, constrangeu as possibilidades de elaboração de políticas sociais mais abrangentes e universais, dando espaço para a defesa e implantação de ações focalizadas nos grupos mais pobres. Com efeito, no quadro marcado pela grave crise econômica (expressa nas altas taxas de desemprego e no aumento da informalidade) e pela emergência de novos agentes sociais na cena pública, o tema da pobreza e das desigualdades sociais auferiu relevo na agenda pública, incitando o debate político e acadêmico em torno da questão e cobrando respostas dos governantes (MONERAT *et al.*, 2007).

Assim, estratégias institucionais emergiram de forma a garantir que a população com vulnerabilidades sociais se beneficiasse dos programas sociais. Nessa perspectiva, o termo vulnerabilidade denota grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de direitos de cidadania (ALVES, 1994 apud CZERESNIA; FREITAS, 2009)

Com efeito, na área da saúde, o termo vulnerabilidade, emerge na década de 1980 com estudos sobre a epidemia da AIDS e especificamente na crítica sobre a abordagem individualista da doença (SÁNCHEZ; BERTOLLOZI, 2007). Dessa forma, corroboramos com Ayres (1999) ao definir que vulnerabilidade considera a relação do indivíduo com o seu contexto local como fator determinante para o processo de adoecimento.

Contudo, essa nova lógica tenciona renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas por meio de ações intersetoriais (SÁNCHEZ; BERTOLLOZI, 2007). Então, o PBF é um programa focalizado em atuar diretamente junto às famílias consideradas dentro do perfil de miseráveis e com baixa renda, que conta com critérios públicos definidores de famílias como elegíveis ou não a se inserirem no programa. A Lei nº 10.836, de 09 de

janeiro de 2004, que o cria, estabelece em seu artigo sexto, parágrafo único: “O Poder Executivo deverá compatibilizar a quantidade de beneficiários do Programa Bolsa Família com as dotações orçamentárias existentes.”

Interpretando esta Lei, Soares e Sátyro (2009) asseveram que o Programa Bolsa-Família não é um direito. Ao contrário de uma aposentadoria, um seguro-desemprego ou o pagamento de um título da dívida pública, o Bolsa Família é um programa de orçamento definido. Uma vez esgotada a dotação orçamentária, ninguém mais pode passar a receber o benefício, pelo menos até que haja crédito suplementar.

Por outro lado, Medeiros, Brito e Soares (2008), considerando que a legislação do Bolsa-Família possui dispositivos que condicionam, de maneira não muito objetiva, a seleção de beneficiários à alocação orçamentária corrente do programa e a convênios entre entes federados, referem o PBF como um *quasi*-direito social, cuja exigibilidade judicial por uma família pobre ainda não é claramente assegurada.

Soares e Sátyro (2009) acrescentam que, quando um programa é caracterizado por orçamento definido e custos claros, a definição de metas se torna necessária. Se não existem metas físicas, não há como fazer planejamento orçamentário anual.

Yasbek (2004) comenta que o desafio maior do PBF está relacionado às “mediações políticas entre o mundo social e o universo público dos direitos e da cidadania”. Essas mediações, a serem construídas e reinventadas, circunscrevem um campo de conflito que é também de disputa pelos sentidos de modernidade, cidadania e democracia.

Nessa perspectiva, no ano de sua criação, em 2003, o PBF tinha como meta agregar 11,2 milhões de famílias. Por motivos operacionais e orçamentárias, decidiu-se aumentar o número de beneficiários gradualmente até se atingir a meta de 11 milhões. Isto ocorreu no final de 2006. Durante os anos de 2007 e 2008, não houve aumento na cobertura do PBF, e novas famílias entraram apenas em decorrência da saída de outras. Somente em 2010 houve inclusão significativa de outros beneficiários para todo Território Nacional (BRASIL, 2011)

- A espera pelo benefício

“Demorou, demorou foi tempo, passou um ano pra nós poder receber.. eu pensava que nem vinha mais.”

As mães relataram uma longa espera do tempo em que é feito o cadastro, para a aquisição do primeiro benefício. Ficou evidente, também, o quanto é desgastante para essas mulheres as idas e vindas em busca de uma informação sobre a sua inserção no Programa, quando buscam diversos locais desde a inscrição, até o momento em que têm a aprovação do seu cadastro, conforme relatam:

“Demorou, demorou foi tempo, passou um ano pra nós poder receber.. eu pensava que nem vinha mais.”

Maçã

“... eu lembro que eu perguntava, eu ia olhar se tinha cartão pra mim nos colégio e eu fui até na Caixa e não tinha, mas só explicavam que um dia vinha e um dia vinha e eu esperei.”

Melancia

“Só disseram que porque era assim mesmo, custava mesmo, mas vinha né. Todos mês eu ligava pra Casa do Cidadão e tudo e quando eu ia pra Sobral passava lá e ela dizia que era assim mesmo, que demorava mesmo, que não era aí (Sobral), era em Brasília, a demora era lá e não era aqui, aí todo mês quando vinha pra renovar o cadastro eu renovava ... demora e a gente anda muito, vai pra Casa do Cidadão manda pra uma pessoa, manda pra outra, pede uma coisa pra gente levar e depois não dá certo e tem que ir de novo, aí pejeja muito pra conseguir, mas é bom porque dá certo né, pejeja muito, mas deu certo.”

Manga

“Custou pra vir, mas fiquei esperando. Se era para ser meu um dia, era pra ser.”

Baião-de-dois

Percebe-se que a longa espera das mães pelo benefício, sem uma explicação plausível, pode produzir descrédito no PBF, como a falta de transparência no processo de inserção dessas famílias. Faz-se necessário elaborar estratégias de ampliação das informações inerentes à seleção dos beneficiários e, dessa forma, garantir a transparência do PBF.

Consideramos de suma importância orientar às mães que se submetem à seleção do PBF no sentido de que o fato de estarem cadastradas no sistema do Cadastro Único não implica necessariamente a entrada direta no PBF. Sabe-se que, primeiramente, a mãe se cadastra nesse sistema, que é a base de informações do Bolsa-Família. Este, porém, vai além do PBF propriamente dito, e é uma fonte de informações para diversos programas focalizados do Governo Federal (MEDEIROS; BRITO; SOARES, 2008)

Conforme Pinto (2010), o maior conhecimento e transparência sobre o Programa pode inferir se ele contribui para garantir o direito à assistência social e para ampliar e

consolidar a cidadania. O beneficiário deve, em uma situação ideal, ser sujeito ativo, participando do processo de formulação, execução e monitoramento do Programa e não meramente um objeto dessas políticas. E, para isso, o Programa deve ter estratégias de comunicação para disseminar as informações aos beneficiários e à população, em geral.

O PBF tem como meta criar subsídios para a emancipação dos beneficiários, de forma que estes possam se desligar dele e consigam promover o sustento da família com seus próprios meios. De acordo com este objetivo, a concessão do benefício é de caráter temporário. Para se alcançar esse escopo, o PBF desenvolve, de forma incipiente e com pouca capilaridade, uma política de implantação de cursos para geração de oportunidade e renda. Essa política se concretiza com programas complementares como, por exemplo, o Programa Brasil Alfabetizado, do Ministério da Educação, e o Projeto de Desenvolvimento Local e Economia Solidária, do Ministério do Trabalho e Emprego, entre outros. Ainda é necessário realizar, no entanto, ações mais sistemáticas, de forma que esses cursos e capacitações possam ser mais bem aproveitados pelos beneficiários e que consigam viabilizar a qualificação profissional necessária para a inserção no mercado de trabalho – na medida em que esta constitui a única forma de essas famílias se incluírem socialmente, sem necessitar de programas de transferência de renda. De outro modo, os beneficiários permanecem por um longo tempo no PBF.

Conforme apontam Rocha, Khan e Lima (2009), em seus estudos, a falta de políticas públicas municipais e estaduais voltadas à geração de emprego e renda para as famílias beneficiadas pode constituir maior dependência na política social do Governo Federal. Por outro lado, entrevistas realizadas com gestores municipais e coordenadores dos CRAS revelaram que tão importante quanto a implementação dos cursos é o monitoramento das famílias após o término destes (BRASIL, 2006).

Assim, pressupomos que tal fato possa ensejar a longa espera de outras famílias para se inserirem no Programa, já que, uma vez inclusas, poucas conseguem sair, dificultando a abertura de vagas para inserção de outras famílias.

Pudemos observar também a família beneficiada fora dos critérios de inclusão. Em nosso estudo, encontramos, com base no relato de uma das mães, que não houve dificuldade no processo de seleção, e ela demonstrou-se constrangida, ao declarar, no ato da entrevista, que recebia um benefício paralelo.

“Foi com pouco tempo que eu recebi... Quando eu fiz a primeira vez, este véi (cônjuge) já tinha morrido. E ele morreu no 2002. Aí que quando eu fui fazer a

primeira vez aí eu até disse que recebia essa pensão, aí elas disseram: Vamos ver, a sorte é sua, se vier você vai ficar recebendo. Aí eu fiz ... aí veio.”

Mamão

Outras mães mencionaram conhecer situações semelhantes:

“Ali (referindo-se a um Distrito) tem uma ... perto da vizinha de uma amiga minha, ela trabalha, tem moto e tem tudo e recebe o bolsa família, tem uma amiga minha que tem um filho que é pequenininho que é carente e não recebe, não teve a sorte de ainda assim sair o cadastro. Pra mim é uma injustiça isso ... porque tem gente que precisa, necessita mesmo e não vem o bolsa família.”

Escarola

“Eu vejo, por exemplo, tem gente que... no meu modo de ver, que ... recebe o benefício, benefício é pra usar no colégio, alimentação, um remédio pra criança, comprar alguma coisa pra criança, tem gente que fica comprando é coisa de casa, é móvel... aí eu digo assim, que a gente faz um cadastro mas eles num vão pesquisar tudim direito, o que que a família faz, o que a família num faz... eu vejo assim. Gente que necessita mesmo eles acha que a pessoa não precisa.”

Espinafre

“... eu vi foi uma senhora reclamando porque não recebia e tem pessoa com carro e moto recebendo. Aquilo dali me machucou muito...”

Baião de dois

Considera-se, porém, que tais situações podem não ser compatíveis com o que é preconizado como objetivo do PBF, tendo em vista que o fato de se destinar gastos públicos a famílias não elegíveis, deixando o público considerado alvo sem ser atendido, pode ensejar uma injustiça social. Portanto, faz-se necessário refletir sobre os aspectos inerentes a um efetivo monitoramento e controle das famílias beneficiadas.

Conforme (BRASIL, 2011), a fiscalização do PBF pode ser feita por meio das ações delineadas na sequência.

- Ações *in loco* e à distância, realizadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, por meio da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania.
- Ações desenvolvidas pelas instâncias de controle social, que devem acompanhar as atividades desenvolvidas pelo gestor municipal do Programa, auxiliando na definição de formas para melhor atender às famílias que se enquadram nos critérios do Programa, inclusive no que diz respeito à disponibilização de serviços públicos de saúde e educação que permitam o cumprimento das condicionalidades.
- Auditorias e ações de fiscalização realizadas pelas instituições de controle interno e externo do poder executivo, a maior parte delas também componentes da Rede Pública de Fiscalização do Bolsa-Família.

- Auditorias por meio de análise das bases de dados e sistemas, em especial aquelas realizadas na base do Cadastro Único, que permitem identificar duplicidades, divergências de informação de renda quando comparada com outras bases de dados do Governo Federal, dentre outras.

O controle social têm papel importante no tocante à fiscalização, monitoramento e avaliação do Programa, tendo em vista que fiscalizam as atividades do PBF em articulação com os fluxos, procedimentos, instrumentos e metodologias de fiscalização dos órgãos de controle estatais. Participam desse monitoramento órgãos externos, como o Ministério Público Federal e Estadual, a Controladoria Geral da União e o Tribunal de Contas da União, e internos, instituídos dentro da própria estrutura da Secretaria responsável pelo gerenciamento do PBF no plano federal (PINHEIRO, 2007).

As instâncias de controle social possuem como atribuição acompanhar a gestão dos benefícios do Programa na localidade na qual atuam. Assim, as instâncias podem atuar no acompanhamento da lista das famílias beneficiadas pelo PBF, identificando se as famílias cadastradas, caracterizadas como vulneráveis e com perfil para serem atendidas pelo PBF, foram beneficiadas, e identificando aquelas que não atendiam aos critérios para fazer parte do Programa, mas que estejam recebendo o benefício, para que o gestor tome as devidas providências para o cancelamento dos benefícios indevidos. Outro papel importante é o acompanhamento da manutenção dos benefícios das famílias, visto que, em decorrência de descumprimento das condicionalidades ou situações outras, estes podem vir a ser bloqueados, suspensos ou cancelados (PINHEIRO, 2007).

No contexto do PBF, o controle social é uma força propulsora para o melhor desempenho do Programa, na medida em que a participação social contribui para a reafirmação dos direitos de cidadania dos grupos em situação de pobreza e vulnerabilidade social.

- O que se faz com o dinheiro recebido do PBF?

“... meu fí, eu quero é encher a barriga dos meus filhos que nós já passamo muita necessidade”

Apesar de referirem todo um esforço no processo de cadastramento, ao saberem que foram contempladas com o benefício, as mães afirmaram sentir muita alegria, e esse sentimento encontra-se relacionado à segurança de uma renda fixa todo mês e à possibilidade de adquirir outros bens materiais para a família, além de alimentos, conforme mencionam:

Ah eu fiquei alegre né, um dinheirinho todo mês pra gente comprar as coisa assim, material e alimento mesmo também com o dinheiro, que é o dinheiro certo que a gente tem aqui é quem é agricultor e tempo tem e tempo não tem, aí a bolsa família é tipo uma renda fixa aquele tanto. A renda que eu conto mesmo por mês é o cento e trinta e quatro que eu sei que ta lá, o resto é se der, tempo dá e tempo não dá e tempo tem trabalha e tempo não tem e assim que a gente vai vivendo.

Pera

[...] Minha fia às vezes diz assim: Mãe, compra roupa pra mãe, compra calçado... a mãe tem esse dinheiro dos meninos, a mãe num compra nada. Eu digo: Não meu fí, eu quero é encher a barriga dos meus filhos que nós já passemos muita necessidade. Que quando ele (cônjuge)... nós se larguemos eu fiquei com 4 criança. Passei muita fome eu mais eles. E hoje eles diz assim: Mãe, hoje nós tem o que comer...

Mamão

[...] tenho utilizado o dinheiro da bolsa escola pra alimento, até remédio às vez pros menino eu compro assim. Uma vitamina, às vez ta com fastio e eu compro uma vitamina de quinze reais aí pronto, mas outro tipo de remédio assim é no posto.

Pera

Eu ganho pouco e na época o pai dela não ajudava porque ele tava desempregado e eu ganhava pouco, aí ia me ajudar muito... assim comprar as coisinha pra ela, alimentação.

Limão

Pra mim é uma ajuda boa, porque eu tenho uma coisa certa de quando eu precisar comprar material escolar deles e quando não é essa época eu sempre uso em alimentação, pra mim serve muito pra muitas coisinhas que ajuda e é uma ajuda boa. Pra mim eu não tenho nada a dizer negativo não, pra mim o positivo é isso.

Melancia

Alegre, muito alegre eu fiquei. Porque eu não tenho emprego, assim pra mim trabalhar eu não tenho como deixar ele (seu filho) porque a minha mãe trabalha e eu não tenho condições de pagar uma pessoa. Fiquei muito alegre porque me serve tanto esse dinheiro.

Acelga

Ele sempre chega em boa hora quando a gente tá mais precisando...a gente pode comprar fiado depois pagar na bodega.

Baião-de-dois

É importante registrar o fato de que as mães que declararam usar o benefício com outras necessidades, que não o alimento, são aquelas que, em sua maioria, tinham renda associada ou recebiam ajuda de familiares.

Fato interessante a observar é a compra de mobília para armazenar alimentos, mencionado por uma das mães entrevistadas:

[...] eu tinha comprado um armário e eu tirava trinta reais pra pagar o armário, pra poder guardar as coisas (mantimentos, arroz, feijão etc.), que eram tudo dentro das caixa, no chão...

Couve

Algumas mães deixaram claro que reconhecem que esse dinheiro por vezes é utilizado para outros fins que não os preconizados pelo PBF. As narrativas abaixo ilustram essa constatação:

[...] eu já não acho justo também muita gente receber o bolsa família pra comprar coisa assim, de utilizar assim coisa que é desnecessária , porque tem muita gente que pega o dinheiro todo e compra de roupa essas coisas e eu já acho que não seja assim e a gente tem que pensar primeiro assim nas coisas que falta em casa e na alimentação justamente, porque isso aí que, porque a roupa a gente pode, compra uma roupa e passa um ano, dois mês, quatro mês, cinco mês e a comida não a gente todo dia precisa comer, todo dia a gente precisa se alimentar.

Couve

Eu mesmo num tenho nada que foi comprado, assim... nem uma(se referindo a televisão, som, etc..)

Mamão

Durante a pesquisa de campo, utilizando a técnica de observação e entrevista, de forma geral, não identificamos elementos que correlacionassem o uso do benefício para aquisição de móveis e/ou outros bens eletrodomésticos com as mães entrevistadas. Apenas uma das mães das entrevistadas mencionou usar o dinheiro para esse fim. O discurso do uso de dinheiro para compra de brinquedos foi percebido durante o grupo focal, conforme ilustramos trechos abaixo:

Sinto um pouco feliz né. Porque quando meu filho pede uma coisa eu já tenho àquele dinheirinho pra comprar uma coisa pra ele, uma roupa, um boné, um DVD.

Alface

Serve pra comprar roupa, calçado, um brinquedo, toda criança gosta de brinquedo...

Baião-de-dois

Sabe-se que tais revelações de emprego do recurso para aquisição de vários materiais para a família são motivos de críticas ao Programa, constatado pelos depoimentos das mulheres entrevistadas em Sobral.

O Bolsa-Família dispõe de benefícios financeiros, definidos pela Lei nº10.836/04, que são transferidos mensalmente às famílias beneficiárias. Para receber o benefício são levados em consideração a renda mensal *per capita* da família e o número de crianças e adolescentes até 17 anos. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) dispõem de quatro tipos de benefícios: Benefício Básico (R\$ 68, mesmo não tendo crianças, adolescentes ou jovens), Benefício Variável (R\$ 22), Benefício Variável Vinculado ao Adolescente (BVJ) (R\$ 33) e Benefício Variável de Caráter Extraordinário (BVCE) (valor calculado caso a caso) (BRASIL, 2011).

O fato de uma parcela da população estar recebendo tais benefícios é comumente atribuído como esmola ou assistencialismo (CASTRO *et al.*, 2009; HALL, 2008; MOURA, 2007). É preciso ponderar, no entanto, sobre os efeitos concretos do Bolsa Família para essas populações mais miseráveis. Na maioria das famílias pesquisadas, o Bolsa-Família representa o único rendimento monetário e, mais do que isto, em vários casos, constituiu a primeira experiência de uma renda fixa (REGO, 2008).

Pode-se perceber no discurso das mães da zona rural que há uma experiência frustrante em busca de trabalho por essas mães usuárias do PBF.

Ah eu fiquei muito feliz porque eu já tinha pelejado muito pra arranjar emprego fixo né e não dava certo, aí comecei a vender Avon e pelejando com uma coisa e outra pra ajudar em casa né e não esperar só por ele, aí esse ganho chegou numa hora boa porque já ajuda [...] aí fiquei muito satisfeita, foi uma ajudinha e já tinha pelejado muito pra entrar na Grendene e nunca deu certo, aí tenho que me virar né, arrumar uma coisa pra ajudar em casa.

Manga

Tal fato nos remete às críticas de alguns autores como Lavinias (2006), Mauro (2007) quando inferem que os beneficiários do Programa se acomodam, não se esforçam para trabalhar para garantir mais tempo de benefício. Lavinias (2006) declara que “Projetos desse tipo seriam descoordenados e desfocados, o que induziria os beneficiários da ajuda governamental em dinheiro a tornarem-se dependentes perenes da ‘esmola oficial’.” Apesar de não ser objeto deste estudo, não obtivemos dados que indicassem essa relação; conseqüentemente análises mais profundas sobre esse quesito são necessárias.

Medeiros *et al.* (2007) e Oliveira *et al.* (2007), em seus estudos, no entanto, concluíram que os beneficiários participaram mais do mercado de trabalho em comparação a pessoas nas mesmas condições de vida, e detectaram forte impacto do Programa no aumento da busca por trabalho.

Identificamos, também, mães que adotaram uma atitude de indignação ao afirmarem que o benefício era a única renda da família para atender a todas as suas necessidades, já que não dispunham de nenhuma outra renda:

[...] E o pior que é pra fazer tudo com esse dinheiro, pra comprar alimento e comprar material escolar e tudo. Uma roupa que precisa. Tudo, tudo é com esse dinheiro.

Goiaba

Tem muito o lado bom, mas também tem o lado ruim, esse bolsa família é só pra comida, mas a gente vai comer e ficar no meio da rua? A gente tem que pagar aluguel, gás, remédio... a gente vive assim cobre um santo e descobre o outro.

Baião-de-dois

Apesar de o benefício ser pequeno, ele constitui garantia de manutenção do domicílio. Informações similares foram identificadas por Pinto (2010), descrevendo que o

benefício do PBF foi visto pelas titulares como “o pouco que vale muito”, ou seja, o PBF era encarado como uma ajuda que contribuía de forma importante no sentido de proporcionar a manutenção ou a maior variedade na alimentação ou mesmo o acesso a bens de consumo, como roupas, calçados e até eletroeletrônicos. Além disso, a regularidade no recebimento do dinheiro era algo novo para as famílias que convivem com a insegurança econômica.

Indicamos, contudo, que somente o recurso do PBF para as famílias de extrema pobreza inviabiliza garantir acesso e diversidade na alimentação. Aprofundaremos, a seguir, a discussão sobre as repercussões na alimentação da criança com recurso oriundo do PBF.

5.2.2 Repercussões na alimentação da criança de zero a cinco anos com recursos procedentes do PBF

A maioria das mulheres do estudo declarou utilizar o dinheiro do PBF para garantir a alimentação da família. Dessa forma, durante a entrevista procuramos compreender de que forma esse benefício foi utilizado diretamente para a alimentação de sua criança.

Percebendo a alimentação como um fenômeno multifatorial, procuramos conhecer, na perspectiva das mães em estudo, como ocorreu as práticas alimentares de suas crianças e os fatores que interferem para esta prática. O material empírico nos leva a considerar as seguintes dimensões: **O que comiam e o que comem as crianças do PBF? Fatores que interferem na prática alimentar da criança beneficiária do PBF e Como acontecem a aquisição, seleção e preparo dos alimentos das crianças beneficiária do PBF.**

- O que comiam e o que comem as crianças do PBF?

“...antes a gente não podia comprar um pedacinho de queijo, comprar um presunto , não podia comprar assim uma coisa (diferente) e hoje a gente já pode comprar..”

Quando se responde sobre o que se come, informa-se aquilo que se pode oferecer e que se gosta de comer (GIARD, 1998 apud ROTEMBERG; DE VARGAS, 2004). Para esse autor, gostar também é um termo amplo, associado ao jogo múltiplo de atrações e repulsas, fundados nos hábitos da infância, com base no disponível, mas também da forma como o alimento é oferecido e apresentado.

Quando pedimos às mães para relatarem que tipo de alimento passaram a comprar para sua criança, desde o recebimento do recurso do PBF, elas imediatamente compararam o antes e o depois do PBF. Observamos melhoria na compra de uma diversidade de alimentos, como carnes, frutas e laticínios, além dos alimentos que são desejados pelos filhos, geralmente produtos industrializados, como iogurtes, suco em caixa, achocolatados e macarrão instantâneo, como demonstrado nos discursos abaixo:

Antes deu receber isso aí nós passava necessidade. Eu acho que nesse tempo eu passava uma semana com meio quilo de açúcar, um quilo de açúcar [...] Eu vim melhorar depois que recebi esse Bolsa Escola, eu tinha vontade de comprar... É a carne, as frutas, as coisa [...] Eu num sabia nem o que era miojo nesse tempo. Taí um mucilon, nunca meus filho comeram um mucilon, e aí vieram comer agora depois que eu comecei a receber isso aí. Pra mode dizer a verdade até caldo de feijão eu dava pros meus filho.

Mamão

Depois do Bolsa Família? às vezes eu pego dinheiro assim passo na padaria compro um batgut, danone, um suco, aí elas gosta muito de suco... O da fruta mesmo ela num dá muito valor não, que até seria mais saudável né. Antes do Bolsa Família era normal mesmo, aí eu comprava as coisinha delas né, até antes disso elas eram só aquele mingau, o mingau e uma merenda que eu sempre dava assim uma goiabada.

Espinafre

[...] antes a gente não podia comprar um pedacinho de queijo, comprar um presunto, não podia comprar assim uma coisa (diferente) e hoje a gente já pode comprar, aí assim no café da manhã antes era só tomava café e comia um pedacinho de pão e hoje eu já posso comprar um presunto, um pedaço de queijo pra elas tomar com café e às vezes toma um suco, come uma maça ou toma um danone que era difícil... nesse tempo aí não dava pra comprar nada disso, hoje já dá pra comprar um danone, comprar assim outra coisa diferente.

Couve

Essas guloseimazinhas que eu tava lhe dizendo, danone, miojo, recheado, essas coisinha, às vez mortadela, lingüiça eles não gosta muito não na hora do almoço, porque às vez a gente ta almoçando ovo de novo e agora já pode mudar.

Pera

[...] comecei a dar fruta antes as coisas era mais difícil, as coisas tudo era mais difícil.

Quiabo

É as uvas, o danone que não era sempre que tinha. Era mais difícil a gente ta comprando e eu não deixo faltar pra ele. A maça, era as fruta que era aqui e acolá que eu comprava e aí agora tem sempre e ele gosta muito, o todinho de caixinha, não era sempre que tinha e ele da muito valor o de caixinha aí não deixo faltar, porque ele sempre gosta. E antes a gente comprava assim quando podia e não é como agora que não deixo faltar.

Manga

Compro mucilon e alguma coisa assim que ela precisa, aquele miojo, aquele macarrãozinho que ela come eu compro.

Limão

Compro sorvete no ... às vezes hambúrguer e dou pra eles, tem servido pra comprar coisas diferentes.

Baião-de-dois

Pesquisas realizadas para avaliar o impacto do PBF na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiárias demonstraram que o aumento da renda proporcionada pelo Programa promove maior acesso aos alimentos, não necessariamente configurando práticas alimentares mais saudáveis (VAITSMAN; PAES-SOUSA, 2007; PAES-SOUSA; VAITSMAN; 2005; IBASE, 2008 BRASIL, 2005; DUARTE; SAMPAIO; SAMPAIO, 2007).

Na pesquisa de Pinto (2010), nota-se o aumento da duração, da variedade e da disponibilidade dos alimentos nas famílias beneficiadas pelo PBF, apesar de ser verificada a tendência da escolha de alimentos menos saudáveis, à medida que a faixa do recurso do PBF aumenta. De toda forma, os resultados dessa pesquisa apontam que o PBF está contribuindo para a redução da insegurança alimentar entre os beneficiários.

Ao avaliar o impacto do PBF, Castiñeira, Nunes e Rungo (2009) destacam aspectos semelhantes. O aumento do consumo de alimentos calóricos e de baixo valor nutritivo é proporcionalmente maior do que o aumento de consumo de frutas e verduras, especialmente em famílias com estado de insegurança alimentar grave. Em suas conclusões, os autores mencionam que, provavelmente, o acesso à informação adequada sobre alimentação e nutrição permitiria utilizar, de modo mais eficiente, o dinheiro recebido pelo PBF.

Moura (2007), em ensaio crítico ao PBF, cita Elisabete Salay, do Departamento de Planejamento Alimentar e Nutrição da Unicamp, argumentando que “levar comida à população” deveria ser reformulado para um sentido mais amplo e/ou de maior pertinência social, como campanhas para a educação. Dessa forma, os programas de transferência podem mudar o quadro de insegurança alimentar, desde que bem focados na população mais necessitada e implementados em conjunto com outras ações.

Percebemos, contudo, que há uma preocupação por parte de algumas das mães entrevistadas em não deixar faltar os alimentos de que as crianças mais gostam, os industrializados, conforme ilustramos:

[...] o todinho de caixinha não era sempre que tinha e ele dá muito valor o de caixinha aí não deixo faltar, porque ele sempre gosta. E antes a gente comprava assim quando podia né e não é como agora que não deixo faltar.

Manga

[...] eu tinha vontade de dar pros meus filho era fruta, danoninho, gelinho...pra eles chupar no final da tarde, aí eu compro agora, todo mês eu compro.

Escarola

Sabemos que a aquisição excessiva de produtos industrializados pode ter consequências na saúde dessas crianças, que já são vulneráveis socialmente. Conforme

Aquino e Philippi (2002), o consumo inadequado, em excesso e muito frequente destes alimentos, pode comprometer a saúde nesta fase e na idade adulta. Muitos alimentos industrializados são ricos em gorduras e carboidratos refinados, apresentando elevado valor energético. Além disso, os hábitos adquiridos com o aumento do consumo de alimentos industrializados podem reduzir o consumo de alimentos “in natura”.

Há uma preocupação específica desses hábitos alimentares com a obesidade infantil, pois determinados componentes dos alimentos industrializados, como gordura vegetal hidrogenada, sódio, açúcar em excesso, são alvos de estudos que relacionam o seu consumo excessivo com o aumento da obesidade e comorbidades associadas.

Uma das mães que participou do grupo focal, em seu discurso, relacionou o excesso de peso de um dos seus filhos com a alimentação inadequada.

Não dou mais “miojo”, essas coisas pro meu filho... porque eu assisti uma reportagem que faz muito mal e eu já tenho uma filha que tem assim ... assim o peso acima do normal...

Baião de dois

Pesquisas mostram que crianças de baixa renda são particularmente mais susceptíveis ao sobrepeso e, portanto, devem receber atenção especial (OGDEN *et al.*, 2006; POLHAMUS *et al.*, 2004; RITCHIE *et al.*, 2001).

Fechine (2011) comentam a questão do sobrepeso na vulnerabilidade para a obesidade e as doenças crônicas no adulto. Segundo os autores, essa relação é reconhecida pelas principais agências nacionais e internacionais, tais como: o Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos, o Instituto de Medicina, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) (IOM, 2005; WHO, 2000; USDA, 2000). Nos Estados Unidos da América (EUA), o acompanhamento de crianças com sobrepeso foi identificado como um dos dez principais indicadores da saúde em pessoas saudáveis em 2010 (RITCHIE *et al.*, 2001). Sobrepeso e obesidade, em parte, resultam de maus hábitos alimentares e estilo de vida sedentário, o que contribui substancialmente para a incidência de doenças crônicas (VISSCHER, 2001). A obesidade tem implicações para a saúde além da infância, visto que cerca da metade das crianças obesas se tornam adultos obesos (DIETZ, 2001). O sobrepeso adquirido durante a infância ou adolescência pode persistir durante a idade adulta e aumentar o risco de algumas doenças crônicas tardiamente (DIETZ; GORTMAKER, 2001; BARLOW *et al.*, 2002).

Estes hábitos sinalizam para a necessidade de trabalho de educação nutricional direcionados a mães beneficiárias do PBF, pois elas assumem o compromisso na melhoria das condições de saúde e nutrição de seus filhos quando passam a receber o recurso (BRASIL, 2009).

O acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida, conforme descrito em Portaria Ministerial GM nº325, de 21 de fevereiro de 2008 e revogada na Portaria nº2669, de 03 de novembro de 2009, ao incluir o indicador sobre o percentual de famílias com perfil de saúde beneficiárias do Programa acompanhadas pela Atenção Básica. Portanto, cada vez mais se destaca o importante papel que o SUS tem na melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente desses cidadãos que se encontram dentro da linha de pobreza do País (BRASIL, 2009).

Corroboramos as idéias de Ramos e Stein (2000), ao afirmarem ser consenso que modificações no comportamento alimentar se impõem para prevenir doenças relacionadas à alimentação e promover a saúde. Uma vez que é na infância que o hábito alimentar se forma, é necessário o entendimento dos seus fatores determinantes, para que seja possível propor processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar da criança.

Interessante é perceber que as mães reconhecem e relacionam a importância da melhoria na alimentação de seu filho para com a saúde, de forma a prevenir doenças, conforme relatado por uma delas:

Eu não podia assim pegar e comprar uma fruta pra fazer um suco pra dar pra eles porque já tinha que comprar as outras coisas né, arroz, feijão, sabão pra lavar e aí melhorou mais assim, porque já dava pra mim ir no mercado comprar fruta assim pra fazer as coisas pra eles, aí assim fazendo essa alimentação mais, assim com mais frequência diminui mais assim dificulta mais assim pegar alguma gripe, uma doença assim porque já tem aquela alimentação assim melhor né ...

Couve

Para as mães cuja prioridade é a compra dos alimentos básicos, como o arroz, feijão, macarrão, óleo e margarina, percebeu-se que era o recurso do PBF que mantinha a alimentação da família. Nesse caso, a renda era muito baixa ou os chefes se encontravam desempregados e, para elas, não houve mudanças significativas na rotina da alimentação de suas crianças.

Mudar não mudou não, mas aumentou né, se tinha pouco agora tem mais . É tipo de mistura e não é sempre aquela mesma coisa e pode modificar, tem mais novidade...

Manga

Uma das mães, em situação semelhante, destacou que não tinha garantido a alimentação de sua criança diariamente, conforme menciona:

[...] a sopinha dele não tem todo dia e ele gosta, gosta muito de carne cozida, frango também. Não tenho condição de comprar todo dia.

Goiaba

Para Attanasio *et al.* (2004), o efeito positivo das transferências do Programa sobre o consumo pode não ocorrer de forma imediata. Tal acontece porque a renda disponibilizada pelo Programa não necessariamente aumentará na mesma proporção o montante da renda familiar, dadas as condicionalidades do Programa que podem reduzir outras fontes de renda, como, por exemplo, aquela proveniente do trabalho infantil. O resultado que se espera, no entanto, é que as transferências impactem de forma positiva o consumo e, conseqüentemente, o bem-estar das famílias beneficiadas.

- Fatores que interferem na prática alimentar da criança beneficiada com o PBF

“É porque realmente mesmo não tenho o hábito, porque mesmo com dificuldade a gente sempre dá um jeito e comprar, é porque é o hábito mesmo de não comprar...”

Analisar as práticas alimentares, compreendidas como prática social, implica o deslocamento de uma abordagem estritamente biológica e metabólica para uma compreensão antropológica e social, pois o homem biológico, o social, o ser psíquico, afetivo e cultural é indissociável (ROTEMBERG; DEVARGAS, 2004).

Ramos e Stein (2000) mencionam que existe uma quantidade de fatores inter-relacionados de origem interna e externa ao organismo que influenciam no hábito alimentar. Para os autores, no caso específico dos pré-escolares, o hábito alimentar se caracteriza fundamentalmente pelas suas preferências alimentares. As crianças desta faixa etária consomem somente alimentos de que gostam, entre os disponíveis no seu ambiente, refutando aqueles de que não gostam. Dos fatores inter-relacionados na aquisição do comportamento alimentar infantil, ressaltam-se os psicossociais, responsáveis pela transmissão da cultura alimentar e aqui examinados sob a perspectiva das mães beneficiadas pelo PBF.

No que concerne aos fatores socioculturais, as mães justificam o fato de seus filhos não comerem folhas e legumes porque não tiveram esse hábito impregnado em sua formação cultural alimentar e, conseqüentemente, referem não gostar. Percebemos, portanto, a reprodução do consumo alimentar das famílias beneficiadas com o Bolsa-Família, constituída,

essencialmente, de arroz, feijão, macarrão, carnes, frango, ovo ou peixe, excluindo verduras e frutas, demonstrando ser esse um ato culturalmente instituído na família, conforme percebemos:

Já vem de mim, da minha mãe e já vem do começo de tudo. Eu não como, não dou muito valor também não. Eu digo que é o hábito, se desde criancinha for comendo essas comida se acostuma, mas se não comer também não acostuma mais não, prova e aí não gosta aí deixa de lado, eu acho que é isso.

Pêra

Porque desde pequena não tou acostumada a comer, não gosto de jeito nenhum.

Couve-flor

Pra mim saudável é quando tem o arroz, feijão, macarrão, carne e oferecer sempre um ovo, carne, frango e fígado...

Escarola

Eu não compro, eu não gosto de nenhum tipo de verdura...

Baião-de-dois

Ainda sobre o consumo de folhas e legumes, como também de frutas por crianças beneficiadas pelo PBF, as mães explicam que raramente compram tais alimentos por serem mais caros. Além disso, as mães da zona rural acrescentam que tais alimentos são menos disponíveis nessas localidades:

[...] compro assim alguma vez, mas é difícil, porque o dinheiro não dá.

Alface

[...] às vezes só tem dinheiro pra comprar um ovo, salsicha, mortadela e é assim...

Goiaba

[...] Nem sempre tem quando a gente procura. É mais caro.

Limão

É mais caro do que em Sobral, o pessoal já compra de lá pra vender aqui e também com o pouco de dinheiro que a gente tem...

Pera

A dificuldade é porque aqui ele se torna bem mais caro, as coisas são bem mais caras, as frutas devido de vim mais de longe né, eles vendem cara mesmo.

Melancia

[...] é muito difícil eu trazer e até porque eu compro as coisa mais necessária, aí quando eu vou ver não dá pra trazer outra coisa

Quiabo

Os fatores psicossociais e culturais influenciam as experiências alimentares desde o momento do nascimento da criança, proporcionando a aprendizagem inicial para a sensação da fome e da saciedade e para a percepção dos sabores. A adequada introdução dos novos alimentos no primeiro ano de vida, com uma correta socialização alimentar, a partir deste período, bem como a disponibilização de variados alimentos saudáveis em ambiente alimentar

agradável, permitem à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis pela determinação do seu padrão de consumo (RAMOS; STEIN, 2000).

No Brasil, alguns estudos buscam identificar e aprofundar o conhecimento sobre possíveis fatores de risco que interferem na determinação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos: fatores econômicos, sociais e biológicos são constantemente relacionados com índices de déficit nutricional em diferentes contextos. Provavelmente a renda, em sua expressão monetária, pode ser tomada como a variável mais comum, nos diversos cenários da pobreza e, portanto, nos diversos conjuntos de fatores que produzem a desnutrição (BRASIL, 2000).

Estudo realizado por Claro *et al.* (2007) sobre renda, preços de alimentos e participação de frutas, legumes e verduras na dieta, indica que o aumento da renda das famílias ou a redução do preço é possível forma de aumentar a participação desses alimentos na dieta. Esses autores acrescentam que em famílias pobres, a renda tem que suprir as diversas despesas efetuadas, sem garantia de promover mudanças significativas na participação desses alimentos na dieta.

Para Graziano da Silva e Tavares (2008) existem várias ações que os governos podem implementar para proteger os mais pobres do aumento dos preços, como, por exemplo os autores citam que, ao final de 2007 e início de 2008, governos latino-americanos lançavam mão de instrumentos, como redução de tarifas de importação, aumento de subsídios alimentares e a proibição ou taxação da exportação de produtos alimentares, para enfrentar a alta dos preços.

Embora saibamos, porém, que as condições financeiras da família sejam um fator necessário para a alimentação saudável da criança, em nosso estudo percebemos que a cultura alimentar da mãe de não comer folhas e legumes predomina sobre o fator econômico, conforme a declaração abaixo:

É porque realmente mesmo não tenho o hábito, porque mesmo com dificuldade a gente sempre dá um jeito e compra, é porque é o hábito mesmo de não comprar...

Pera

Paralelamente, conforme nos fala Romanelli (2006), a população de baixa renda atribui valores simbólicos diferentes à alimentação. Em suas representações, existem os alimentos considerados “fortes” que sustentam o corpo, entre os quais são citados o arroz, feijão e carne. E existem os alimentos que servem para minimizar a fome, que são as verduras, legumes e frutas. Esta classificação não se fundamenta na questão nutricional dos alimentos, mas no fato de darem à sensação de plenitude, ou de “barriga cheia”. Assim, não se

trata de desconhecimento em relação aos valores nutricionais das frutas e verduras, mas na suposição vivenciada pelas situações da vida prática, que comida com mais gordura, mais massa, sacia melhor e dá uma a sensação de repleção, conforme percebemos em alguns depoimentos:

Já ouvi falar que é bom, que emagrece e essas coisa, mas comer nem eu mesma nunca comi.

Pera

[...] acho que não é importante (folhas) ele já come a batata e a cenoura, eu acho que aquelas folhas não tem nem gosto de nada.

Maxixe

É importante destacar o valor simbólico para as mães de poder oferecer aquilo que seus filhos desejavam com o recurso do PBF. As mães exteriorizaram um sentimento de tristeza e vergonha pelo fato de seus filhos não consumirem os alimentos determinados socialmente pela mídia e que de certa forma os excluía de um grupo social:

Ele gosta muito de Danone, ele gosta muito de tomar Danone e eu tinha era vergonha, os coleguinha tomando Danone e ele ficava só olhando, o bichinho tá com vontade de comer isso e eu não posso dar, aí às vezes quando meu marido recebia dinheiro sobrava uma coisinha e eu comprava né. (Lágrimas)

Quiabo

Compro essas guloseima pros meus bichinho. Recheado, essas bolacha mais gostosa que tem... Weifer essas coisinha assim eu compro pra eles...

Pera

Coisas que eu não tive no passado eu quero que eles tenham no presente deles...procura dar o que eu não tinha, chocolate, pizza...

Baião-de-dois

Pirani (2009), ao realizar pesquisa qualitativa com oito beneficiárias do PBF, constatou que poder comprar alguns alimentos, como bolacha, é considerado um gênero de luxo para algumas das mães do estudo.

Outro fator importante que influencia as práticas alimentares das crianças são as crenças populares das mães sobre alimentação, conforme percebemos em seus relatos, ao responderem o que evitavam dar para sua criança por acreditarem que faça mal:

É a banana, eu quase me acabo com ele com a barriga inchada.

Acelga

[...] falou pra mim que quando ela tinha a idade dele mais ou menos ela comeu uma banana a noite assim seis horas da noite aí ela começou a dar convulsão... aí eu tenho medo de dar... até hoje ela toma remédio controlado.

Quiabo

Abacate né, porque a minha avó já ficou doente porque ela tomou abacatada, aí eu evito mais de comprar...

Alface

[...] eu evito dar comida pesada pra ele a noite. É baião-de-dois, macarrão eu não dou... eu ofereço um mingauzinho, quando da sete hora eu faço o mingau dele né, e dez hora da noite eu faço outro. Por que quando ele adoeceu uma vez da barriga aí ele passou uns dia internado, aí desde esse dia eu fiquei com medo, porque ele ficou internado por causa da comida. Eu prefiro dar o mingau porque eu acho que o mingau além de ser forte é saudável...

Maxixe

Negócio de feijão de noite essas coisas eu não dou não [...] porque eu tenho medo de adoecer

Baião-de-dois

O cuidado com a qualidade da alimentação está relacionado ao que se faz bem ou mal para a saúde e são enunciados culturais cujo entendimento requer a compreensão das crenças, hábitos ou capacidades outras adquiridas que funcionam como referências para os acontecimentos do mundo (FREITAS; PENA, 2007).

Desta forma, a compreensão dos aspectos culturais sobre a alimentação e nutrição constitui um campo teórico que pode influenciar o olhar dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, este tema central é coerente com a relação entre indivíduo, coletividade, alimento e ambiente, na formulação e no planejamento de políticas sociais de saúde e nutrição (FREITAS; PENA, 2007).

Sob um enfoque antropológico, Machado *et al.* (2011) mencionam que as especificidades socioculturais do paciente não são mais vistas como obstáculo potencial para o sucesso das práticas terapêuticas e programas, mas como o universo em que as concepções do paciente sobre a doença estão enraizadas em seus comportamentos. Assim, se a eficácia de um programa de saúde depende da extensão do modo como a população aceita e participa dela, o conhecimento de aspectos socioculturais torna-se crucial para a eficácia das intervenções, assim como a capacidade do Programa de incorporar esse conhecimento.

A produção e a reprodução de crenças alimentares são fundantes da identidade sociocultural e interagem de muitas maneiras com os valores do mundo moderno, globalizado. Tradições e novos padrões alimentares, centrados na cena urbana modernizante, também afetam a nutrição. Sobre isso, uma nova orientação pedagógica alimentar pode circunscrever o conceito de alimentação saudável, ou seja, uma educação nutricional - como ação social que versa sobre a saúde - que contemple e interprete os significados das escolhas alimentares dos sujeitos, respeitando suas próprias organizações sociais (FREITAS; PENA, 2007).

Com essa discussão, devemos considerar cada vez mais importantes os valores e diversidades culturais dos indivíduos na educação nutricional. Nessa perspectiva, averiguamos com as mães quais as orientações alimentares recebidas quando foram inseridas

no PBF, contudo todas as mães revelaram que não tiveram nenhuma orientação alimentar para suas crianças.

Na época lá elas não me falaram nada não.

Quiabo

Não, não me orientaram nada, só fez o cartão e pronto... só me disseram que era uma ajuda que o governo tava dando e se eu fosse cadastrada e se eu recebesse e pronto, não disse pra que era, pra que não era, pra nada.

Pera

Disseram que não poderia faltar alimentação da criança, mas não disseram o que era.

Uva

Não, a mim não. Eu sei assim ... porque eu já vejo as pessoas falando assim, que é pra comprar assim um alimento pras criança né.

Limão

[...] pra mim nunca ninguém foi me explicar que eu acho que eu sei quanto é que custa cada coisa porque faz muito tempo que eu sou responsável pela minha casa e os meus filhos, então eu acho que eu nem precisei que alguém me explicasse isso...

Melancia

As mães referem, no entanto, receber orientações alimentares para suas crianças, por profissionais da Estratégia Saúde da Família, conforme observamos:

... sempre quem me orientou foi a agente de saúde do posto.

Escarola

[...] quem ensina essas coisa a nós é as menina do posto...e a gente de saúde da gente, elas que ensina essas coisa do que tem que fazer o negócio do alimento das criança, é comprar verdurinha, dar sopinha, é dar maça, passar e essas coisinha assim, ali na casa do cidadão elas não ensina nada a gente não é elas aí do posto que ensina.

Maça

Mulher muitas das vezes quem fala é lá no posto, aí muitas das vezes eu vou ... falando assim sobre a alimentação dele né.

Maxixe

Foi curioso perceber o reconhecimento de uma das mães sobre a importância de se ter uma abordagem nutricional por profissional capacitado.

É porque às vezes a pessoa dá uma coisa que não tá certo né e tendo uma pessoa perto assim e faça isso aí é mais melhor né.

Quiabo

Os aspectos culturais e simbólicos presentes na alimentação e, sobretudo, nas práticas alimentares são frequentemente traduzidos como ignorância ou falta de informação (BAIÃO; DESLANDES, 2006). Pesquisa realizada por Dias, Nascimento e Marcolino (2006)

apontou que tais aspectos são reconhecidos por profissionais da Estratégia Saúde da Família, porém, se notou certa dificuldade em refletir com o usuário sobre essa influência de forma contextualizada e sem generalizações.

Baião e Deslandes (2006) acreditam que promover a educação nutricional como uma intervenção capaz de transformar hábitos revela-se uma tarefa pouco eficaz, o que leva a crer que o entendimento sobre o processo histórico e os aspectos simbólicos da alimentação deveria estar contido nas orientações, as quais precisam compatibilizar a racionalidade técnico-científica e a cultura.

No que concerne À educação nutricional das famílias beneficiadas do PBF, sabemos que o acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS foi assumido pelos estados e municípios por meio do Pacto pela Vida conforme descrito em Portaria Ministerial GM nº325, de 21 de fevereiro de 2008, revogada pela Portaria nº2669, de 03 de novembro de 2009, ao incluir o indicador sobre o percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa. Portanto, cada vez mais, se destaca o importante papel que o SUS tem na melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente desses cidadãos que se encontram dentro da linha de pobreza do País (BRASIL, 2009).

A Equipe de Saúde da Família deve identificar se uma família tem garantidas todas as condições de acesso aos alimentos básicos seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, atendendo aos requisitos nutricionais, de modo permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, contribuindo, assim, para uma existência digna, colaborando para o desenvolvimento integral dos indivíduos, que são os princípios de segurança alimentar e nutricional. Para isso, é importante que a equipe de saúde local, apoiada pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, conheça a situação de saúde e da alimentação e nutrição na comunidade e nas famílias em que atua e auxilie na busca de possibilidades de melhorá-la, principalmente naquelas famílias que mais precisam (BRASIL, 2009).

Apesar de se ter essas diretrizes, entretanto, notamos que há uma preocupação maior das mães em oferecer uma alimentação rica em todos os nutrientes quando as crianças se encontram na faixa etária menor de dois anos:

[...] eu oferecia (legumes, cenoura, beterraba) quando ela era novinha que ela deixou de mamar aí eu fazia sopinha pra ela, passava no liquidificador e dava, mas depois não...

Limão

[...] quando ele era novinho a gente recebe né (orientações alimentares), que é pra alimentar ele com suco e essas coisas assim, pesar todos os meses pra ver e acompanhando o crescimento dele, as vacinação tudo em dia...

Couve

Percebemos, contudo, que as crianças de zero a dois anos beneficiadas pelo PBF são sistematicamente acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família e, assim sendo, as mães recebem orientações nutricionais por intermédio das ações de puericultura. Há uma lacuna, porém, na perspectiva de acompanhamento e educação nutricional nas crianças pertencentes à faixa etária acima de dois anos, constituindo um problema de saúde pública que precisa ser explorado, uma vez que esse período da infância é crucial para adoção de práticas nutricionais saudáveis ou, de outra forma, fica vulnerável a doenças nutricionais.

Paralelamente, o PBF exige como contrapartida que as mães de crianças menores de sete anos participem de atividades educativas sobre alimentação e saúde da criança (BRASIL, 2009). Percebe, entretanto, que os serviços de saúde precisam avançar na oferta de ações de educação nutricional. Soares, Ribas e Osório (2010) relatam que o PBF não teve impacto sobre as crianças com idades entre 12 e 36 meses. Esta é a idade crítica para a vulnerabilidade nutricional das crianças por causa da crescente demanda por nutrientes. A falta de impacto pode estar relacionada à falta de acompanhamento das crianças pelos serviços de saúde, embora este seja uma condicionalidade do Programa.

Ademais, o PBF tem em seus princípios a intersetorialidade das ações como forma de promover a melhoria da qualidade de vida das famílias beneficiadas. As ações intersetoriais de educação nutricional, contudo, para as crianças beneficiadas, ainda são incipientes.

Corroboramos o pensamento de Magalhães e Bodstein (2009), ao dizerem que o Bolsa-Família reafirma uma concepção horizontalizada de intervenção pública de combate à pobreza, na medida em que busca articular o conjunto de políticas sociais, com ênfase especial nas políticas de saúde e educação. Posto isso, os agentes sociais envolvidos na implementação das ações devem ser capazes de elaborar/construir metas de maneira cooperativa, integrando diagnósticos, procedimentos e resultados.

As dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais ocorrem, entretanto, no instante em que a maioria dos setores traz um programa de ações e prazos definidos. Assim, a manutenção das parcerias torna-se um desafio para a formulação o de uma agenda integrada, tanto para questões mais contingenciais e de curto prazo, como para as aquelas mais estruturais (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

- Como acontecem a aquisição, seleção e preparo dos alimentos das crianças beneficiárias do PBF

“[...] ela gosta muito de miojo, quando eu vou receber o dinheiro ela vai mais eu e diz mamãe miojo, aí eu compro às vez dez pacotinho, de frango, galinha caipira, de carne... às vez eu faço mais é com carne moída, batata já cozida eu boto dentro, eu faço uma carnezinha temperada, cozida aí eu dou com miojo, aí ela gosta.”

As mulheres são as titulares preferenciais do PBF, porque a elas se atribui maior comprometimento com a manutenção da família e bem-estar dos filhos. Assim, o Programa determina o papel da mulher titular como a responsável pelo gasto do recurso (PINTO, 2010).

Analisando a prática de aquisição do alimento das crianças do estudo, confirmamos que a compra, seleção e preparo dos alimentos são atividades realizadas pelas mães. De modo geral, as mães da zona rural realizam uma compra mensal. No dia em que recebem o dinheiro do PBF, aproveitam a oportunidade para comprar mantimentos alimentícios variados, incluindo carne, cereais, legumes, frutas e verduras. Elas apontam que após essa compra mensal, é difícil o acesso a carne, legumes e frutas, tanto pelo fato de não haver a mercadoria na zona rural, como também por ser mais cara, conforme mencionam:

É, quando eu vou tirar o dinheiro deles aí eu compro aí trago.

Banana

[...] aqui não tem essas coisa (frutas e verduras), só quando a gente vai em Sobral que a gente compra, aqui não tem não.

Laranja

A dificuldade é porque aqui ele se torna bem mais caro, as coisas são bem mais caras, as frutas devido de vim mais de longe né eles vende caro mesmo porque eles tem que vender pra poder ganhar né o deles, porque é comerciante e ele não pode vender as coisas perdendo, tem que ganhar mesmo...é uma vez, duas no mês que eu compro assim vários legumes... e uma quantidadezinha pouca que dá pra dois, três dias né... não muito porque é bem caro né e a gente não pode comprar muito e eu compro bem pouquinho.

Melancia

[...] às vezes só tem dinheiro pra comprar um ovo, salsicha, mortadela e é assim, não tem dinheiro pra comprar um frango, aí tem que comer o que aparecer. É mais caro os alimento aqui e às vezes a gente andando, a gente encontra mais barato às vezes, mas aqui (na zona rural) não tem por onde a gente andar e tem uma merceariazinha e em Sobral é melhor, mas é muito pouco mesmo esse dinheiro pra pessoa só com ele se manter uma família grande não dá não, de jeito nenhum, não tem condição...”

Goiaba

Percebemos, porém, nos relatos das mães da zona urbana maior facilidade de compra de frutas e verduras em virtude da disposição de mercearias nas proximidades de suas casas; isto quando sobra dinheiro:

Eu compro aqui na bodega mesmo... na bodega hoje em dia tem tudo que a pessoa quer tendo o dinheiro.

Alface

[...]aqui perto tem, bem ali na esquina tem uma fruteira e na fruteira tem tudo.

Maxixe

Nossos resultados coincidem com o estudo clássico de Canesqui, em 1987, sobre organização e consumo alimentar cotidiano, que identificou como principais fontes de abastecimento alimentar o armazém e o pequeno comércio, que circundam os bairros periféricos urbanos. Prevaecem nas modalidades de abastecimento das famílias os arranjos econômicos entre consumidores de baixa renda e os comerciantes; a compra a crédito e em pequenas porções; o uso do pequeno comércio mais próximo às residências; a combinação de variadas fontes de abastecimento (armazém e supermercado) conforme a disponibilidade de dinheiro e do sistema promocional de vendas dos supermercados e avaliações sobre o preço (CANESQUI, 1988).

Importante é destacar que uma das mães referiu comprar frutas e legumes no mercado da cidade por ser mais barato e ter melhor conservação.

Eu gosto mais do mercado é mais barato as coisas lá...aqui eu acho elas às vez madurinha... e no mercado não, às vez eu compro tipo as frutas fica assim num freezer, dentro de um *freezer*...

Escarola

Assim sendo, as mães da zona urbana compram frutas e legumes com maior frequência quando comparadas às mães da zona rural. Percebemos que, quando o recurso do Bolsa-Família é insuficiente, elas têm ajuda de familiares, fato não observado no cotidiano das mães da zona rural.

Por semana eu compro fruta assim junto com o dinheiro da minha avó, que eu recebo a aposentadoria dela...

Alface

Quando recebe aí vai lá e compra laranja, banana pra semana...

Couve

[...] Eu guardo cinquenta reais, sessenta eu deixo guardado pra quando faltar eu comprar...

Escarola

Sobre a seleção dos alimentos para consumo das crianças beneficiadas pelo PBF, o nosso estudo revela uma rotina alimentar das crianças baseada em leite e derivados, cereais e açúcares, e menor contribuição de frutas, legumes e hortaliças. Associado a esse quadro, lembramos do aumento de consumo de produtos industrializados conforme discutido anteriormente. As mães, quando mencionaram comprar legumes, dão preferências ao consumo da batata, mesmo tendo o conhecimento da riqueza dos nutrientes dos outros legumes, justificam que a batata é mais aceita pelos seus filhos e por elas mesmas, conforme descrevem:

[...] eu prefiro a batata... eu acho que a cenoura e a beterraba tem mais sustância mas é difícil eu comprar. É porque as outras verduras a comida fica assim mais com um gostinho de doce né.

Alface

Só come (criança) a batata que também não tem lá grande coisa né, só é massa ... também ele não gosta de beterraba, mas eu acho assim, nós tivemos um curso aí com a nutricionista ela tem uma apostila e a gente vê né, quando eu vou ler eu vejo que as coisa que é importante.

Couve

O legume que nós bota aqui é só a batata, nós não gosta de chuchu, de beterraba...

Couve-Flor

Boto numa galinha cozinhada, numa carne aí eu boto e ele come, ele não gosta muito de cenoura é mais a batatinha que ele gosta.

Manga

[...] fica só a batata mesmo, a batata aqui acolá ainda mastiga por ali...

Pera

Quanto ao preparo da refeição principal, representada pelo almoço, verificamos um regime alimentar monótono, concentrado no arroz, feijão e carne (quando existe na mesa). As mães relataram o preparo de frituras para esta refeição, como linguiça, mortadela, ovo e salsicha.

Ele come só feijão, arroz e o molho da carne por cima, aí come ovo também, de ovo ele gosta ... ele gosta também de salsicha, aí eu pego a salsicha e torro uns pedacinho e dou pra ele.

Couve

O almoço é feijão, arroz, macarrão... tem dia que é carne, dia que é ovos, mais raro mesmo é carne...

Espinafre

Carne só é duas vezes na semana e uma de peixe e esse meio tempo vai ovo ou a mortadela e essas coisa assim.

Pera

Gosta de feijãozinho, farinha, adora farofa com arroz, ovo, ele é doido por ovo... ele dá muito valor linguiça quando eu vou pra Sobral eu trago...

Manga

O máximo que ele come é um caldinho de feijão com ovo ou com galinha caipira
Baião-de-dois

Importante é registrar o uso do macarrão instantâneo, “miojo”, como um ítem frequente nos discursos das mães, que afirmaram prepará-lo, algumas vezes, como almoço ou jantar das crianças.

[...] Quando chega (da escola) aí tem o almoço. Tem um “miojo... uma coisa, é assim porque eu acho bom de fazer, faz ligeiro...”

Mamão

O miojo dá assim como fosse uma janta, vou dá a janta do meu pequeno e eu dou a ele de noite.

Pera

[...] ela gosta muito de miojo, quando eu vou receber o dinheiro ela vai mais eu e diz mamãe miojo, aí eu compro às vez dez pacotinho de frango, galinha caipira, de carne... às vez eu faço mais é com carne moída, batata já cozida eu boto dentro, eu faço uma carnezinha temperada, cozida aí eu dou com miojo, aí ela gosta.

Escarola

[...] eu dou como uma merendinha dele né, às vezes eu dou como um jantar, mas eu dou mais assim como uma merenda e é porque ele estuda né e lá no colégio dele eles dão sopinha né e quando ele ta em casa ele diz assim mãe eu quero uma sopinha, sopinha que vem do colégio, né, aí eu pego e digo assim tu quer o miojo? Quero, aí eu faço o miojo e ele come.

Quiabo

De janta ele gosta mais do macarrãozinho instantâneo...

Baião de dois

O modo de seleção e escolha dos alimentos utilizados na culinária varia nas diversas classes sociais, consoante regras com especificidades culturais e econômicas próprias e, por isso, representados de modos diferentes. Incluem-se aí razões históricas-culturais para aceitação e rejeição dos alimentos, classificados pelas sugestões sensoriais (gosto bom, ruim, sem gosto), consequências de comer determinado alimento (benéfico, perigoso), fatores ideacionais (pela utilidade do alimento, apropriado ou inapropriado, aparência, higiene), que influenciam na escolha dos alimento (GARCIA, 1997).

A tendência das preferências alimentares das crianças na idade pré-escolar conduz ao consumo de alimentos com quantidade elevada de carboidrato, açúcar, gordura e sal, e baixo consumo de alimentos como vegetais e frutas, se comparados às quantidades recomendadas. Esta tendência é originada na socialização alimentar da criança e depende, em grande parte, dos padrões da cultura alimentar do grupo social ao qual ela pertence (ROMANELLI, 2006)

Pesquisa realizada por Andrade, Chein e Ribas (2007) não apontam efeito algum do programa Bolsa-Família na condição nutricional das crianças beneficiárias, nos planos nacional ou regional; ou seja, não foi detectada nenhuma diferença significativa no estado nutricional de participantes do Bolsa-Ffamília e de não participantes.

Soares e Sátyro (2009) reafirmam que resultados semelhantes já foram encontrados e que este dado é particularmente grave, pois o objetivo do Programa é o aumento do capital humano da geração seguinte. Este resultado sugere que talvez seja necessário para o PBF um programa complementar nutricional.

Em busca de instrumentalizar os profissionais de saúde para fomentar a preparação de alimentos saudáveis, a Coordenadoria Geral da Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde publicou vários guias sobre alimentação e nutrição da criança e de modo especial, um Guia de estímulo ao consumo e valorização de alimentos regionais, contendo instruções sobre o modo de preparo de alguns pratos regionais (BRASIL, 2009).

Faz-se necessário, no entanto, potencializar estratégias intersetoriais e interdisciplinares que capacitem as mães para um adequado preparo de alimentos para suas crianças, pois observamos que mesmo aquelas que já experienciaram alguma qualificação, não acreditam ser capazes de preparar um prato saboroso e nutritivo, conforme verificamos na fala de uma mãe:

[...] toda semana tem que ter aquela coisa diferente, um dia você come frango e no outro dia você come carne e no outro dia você come fígado e no outro dia você come peixe, ela falou assim, aí tem que ser assim né, e também sobre as sementes das coisas, ela falou também sobre a importância que tem os talo das raiz, falou como nós não devemos jogar fora porque a vitamina ta lá, eu tento mulher, mais aí é difícil pra gente, porque a gente ver eles fazendo lá e é muito bom, é gostoso e tudo, mas se a gente for fazer aqui já não sai como eles sabe fazer.

Couve

5.2.3 Melhorias para o PBF na percepção das usuárias

O PBF é um programa de enorme importância no panorama das políticas sociais no Brasil. Tem um número de beneficiários comparável ao das grandes políticas, como a saúde e educação públicas e a previdência social, que perfazem a espinha dorsal da política social brasileira. São conhecidos os impactos do PBF na redução da pobreza, na diminuição da desigualdade de renda, na maior frequência escolar e na garantia de que as crianças beneficiárias não se submetam ao trabalho infantil como antes (SOARES; SÁTIRO, 2009).

Ante o que foi mostrado neste estudo, todavia, consideramos importante apontar as sugestões para melhoria do PBF na visão das mães beneficiárias.

- Sugestões apontadas pelas mães

“[...] ela disse na televisão que ia aumentar pra o salário né, não importa um salário, mas se aumentasse mais uma coisinha eu ficava satisfeita ... ruim com ele pior sem ele...”

Primeiramente, ressaltamos o fato de que as mães da zona rural apresentaram atitude mais passiva em seus discursos ao avaliar o Programa, quando comparadas às mães da zona urbana. De um modo geral, as mães da zona rural não apontaram críticas. Portanto, as sugestões descritas nesta categoria são apontadas prioritariamente pelas mães da zona urbana.

Quando questionadas sobre o que poderia ser melhorado no PBF, a maioria das mães sugeriu o aumento do recurso, inclusive uma delas afirma ter votado para presidente acreditando na promessa de um dos candidatos.

Ficaria melhor se aumentasse né, se aumentasse eu agradeceria e muito e foi por isso que a gente votou nela pra ela ter que aumentar... por que ela disse na televisão que ia aumentar pra o salário né, não importa um salário, mas se aumentasse mais uma coisinha eu ficava satisfeita... ruim com ele pior sem ele...

Couve-Flor

Eu acho que a melhoria é o que todo mundo quer né, se fosse um pouquinho a mais... as coisa sobe todo dia né, toda dia se a gente vai no mercantil nunca e dificilmente você chega lá e aquilo que você comprou uma semana atrás ta do mesmo valor e essa é a dificuldade...

Melancia

Aumentar mais um pouquinho, é cento e trinta pra quatro e o dinheiro que a a gente recebe paga a luz e minha água vem muito cara, trinta e cinco aí eu tiro quase tudo, a luz, a água, e se tivesse de pagar aluguel Ave Maria! Já tinha morrido de fome e minha mãe me deu e eu to morando.

Acelga

[...] se aumentasse mais pra mim... que eu ajudava meus netos e os meus fí, né. Num quero pra mim, num é pra luxo, num é pra comprar luxo, num é pra nada não. Nem com imbição não, é pra mim ajudar meus filhos.

Mamão

Para Moura (2007) o PBF adquiriu uma dimensão simbólica imprescindível ao *marketing* eleitoral, visto ter permitido difundir a ideia de que essa estratégia do Programa é fazer pelos pobres aquilo que ninguém fez na história política brasileira. Dessa forma, desde

sua criação candidatos não se arriscam a lançar propostas que ousem descartar o PBF como um de seus projetos.

No âmbito estrutural do PBF, foram apontadas sugestões de melhoria no que se refere ao processo de fiscalização, condicionalidades e programas complementares de geração de emprego e renda.

Eu acho que se a agente de saúde se juntasse, o programa da bolsa família lá da casa do cidadão fazer uma pesquisa de visitas cada casa né aí perguntasse se trabalhava e se ganhasse mais do que um salário aí cortava e dava pra quem precisava.

Escarola

Mulher, pra ser melhorado ... era assim a fiscalização que tem né, as visitas que tem. Poderia fazer assim uma visita mais profunda, ou então no meio do mês fazer uma... de 2 em 2 meses eles ir na casa olhar como é que tá... ver as necessidade mesmo da pessoa. como é que a gente diz, ir atrás de saber mais das outras pessoas, se aquela pessoa precisa mesmo, se aquela pessoa tem necessidade ... Como eu conheço um caso... eu conheço um caso que a pessoa botou uma ruma de gente e na hora nem mora essa ruma de gente. Eu conheço muitas coisa, eu fico só calada.

Espinafre

É, cobra muito né e se o menino tem muita falta no colégio esse lado aí eu acho bom, se tem muita falta no colégio já bloqueia lá e eu acho até assim que é pra chamar mais atenção do pai né botar o filho pro colégio, esse lado aí é bom, mas tem outros cobrança assim que eu acho que não tinha nada a ver. Tipo essa daí do menino não ter tomado a vacina de cinco anos aí foi bloqueado o cartão dela, da mãe, aí ela passou dois mês sem receber.

Limão

[...] eu acho que ele deveria dar assim curso pras mães que faz esse programa ter curso pra elas ficar em alguma profissão e que trabalha assim dentro de casa mesmo. Assim um curso de costureira ou de corte de cabelo pras mães seria interessante né as mãe participar e um curso assim que a mãe não pagasse e que fosse pago pelo governo né, que aí quando elas fizesse aquele curso elas já poderia montar alguma coisa pra ela trabalhar em casa.

Alface

A concepção do PBF permanece sem clareza, pois se aprofundam contradições no próprio Programa e assim são frustrados seus objetivos. Portanto, diversas perguntas permeiam o PBF. As contrapartidas devem ser duramente cobradas ou devem ser consideradas como um detalhe? Deve permanecer um programa de orçamento definido ou se transformar em direito? Se for proteção social, deve ser mais integrado com outras partes do sistema de proteção social, como as aposentadorias e pensões do INSS e o seguro-desemprego? Deve haver tempo máximo de permanência? O foco deve se aproximar dos programas de geração de oportunidades, os que buscam as “portas de saída”? Hoje, o PBF é um programa ainda híbrido, cuja natureza não é clara, e a médio prazo terá que passar por alguma modificação de desenho (SOARES; SÁTYRO, 2009).

No escopo dessa última categoria, interessante é perceber a crítica de uma das mães sobre o monitoramento das crianças que são pesadas mensalmente e não se tem um retorno sobre seus problemas.

Aí eu acho assim, no caso desse negócio do Bolsa Família, eles pega, todos os meses o peso, eu peso as menina, eles levo o peso ... porque na realidade o peso inadequado eles deviam fazer ... não, essa mulher aqui tá precisando disso e disso. Ela nunca teve uma acompanhamento assim não. A mais velha não, a mais velha sempre foi mais desenvolvida agora essa pequena aí. Porque desde essa menina pequena que eu sempre procurei uma nutricionista, nunca tinha, não consegui um tratamento , taí a menina até agora com 5 anos minha mãe acha que ela é desnutrida...ela pesa 16 quilos.

Espinafre

O acompanhamento dos beneficiários vai além do envio de informações de saúde para que as famílias continuem recebendo o benefício. As equipes de Saúde da Família, em especial o agente comunitário de saúde, são importantes na promoção à saúde da criança, pois estimulam e orientam as famílias a realizarem ações de melhoria à sua saúde. Dentre as ações de saúde da equipe de saúde da família no PBF, aponta-se o monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças (BRASIL, 2011).

Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças significa verificar o peso e a altura. Com esses valores, o profissional de saúde deve verificar o estado nutricional das crianças por meio dos gráficos de peso por idade e a altura por idade, que estão no Cartão da Criança. Quando a criança se encontra em situações de risco nutricional (muito baixo peso, baixo peso, peso elevado, muito baixa estatura e baixa estatura), o responsável deve ser orientado quanto aos hábitos de uma alimentação saudável ou a criança deve ser encaminhada à consulta com nutricionista, médico ou enfermeiro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passaram-se sete anos da implantação do Programa Bolsa-Família, e ainda persistem muitas inquietações no âmbito político, principalmente sob enfoque dos direitos sociais.

O material empírico desta pesquisa nos permitiu investigar a inserção das mães no Programa Bolsa-Família e, desde então, compreender os limites e as possibilidades de como as mães utilizam o recurso recebido. Ao nos aproximar, neste estudo, da subjetividade das usuárias, constatamos a percepção do auxílio recebido, significando uma minimização de seu sofrimento, o alívio da fome de seus filhos. As mulheres, ao saberem que foram privilegiadas, ficam felizes pela segurança de uma renda fixa e a possibilidade de adquirir bens materiais para a família, além de alimentos.

A análise do material discursivo sugere a presença de limitações do Programa, quando revelam uma longa espera pelo benefício, a falta de seguimento das famílias para orientação, suporte e “empoderamento” das famílias em busca de sua autonomia e sua auto-suficiência.

De forma geral, as mães apontam como um aspecto negativo do PBF, o valor recebido, sugerindo aumento do recurso. Indicam também a necessidade de maior fiscalização na inserção de famílias elegíveis e desenvolvimento de programas de geração de emprego e renda.

As informantes reconhecem, ainda que de forma incipiente, os limites e a insuficiência do enfoque tradicional com que esse Programa assume em razão do auxílio de forma assistencialista, sem uma supervisão e análise sobre como as inscritas adentram e saem do PBF, dando lugar a outras famílias mais necessitadas.

Na perspectiva das mães, houve melhoria na variedade da alimentação dos filhos, quando ensejada a compra de alimentos básicos para aliviar a fome, bem como a aquisição de produtos industrializados (especialmente iogurtes, achocolatados e biscoitos), antes não possíveis, porém desejados. Apreendeu-se, também, a raridade no uso de frutas regionais, legumes e verduras no cardápio das crianças.

Como limitação do estudo, não aprofundamos se as mães dessas crianças convivem diretamente com as orientações das avós, a partir de um contexto histórico e cultural inserido diretamente nas práticas alimentares, no cotidiano dessas famílias.

Essa distorção de práticas alimentares saudáveis passa a ser visível, quando se insere um recurso às famílias, sem uma apropriada orientação de profissionais que

acompanham essas crianças, oferecendo um alimento hipercalórico e sem os nutrientes essenciais para um bom crescimento infantil. Esse fato pode contribuir para a transição nutricional entre crianças pobres na região, que atualmente passam a ter sobrepeso e obesidade infantil, o que era antes pouco diagnosticado nesse grupo populacional.

Com base nos relatos, comprovamos a necessidade de profissionais de saúde treinados para realizar esse atendimento, preferencialmente por intermédio de equipe interdisciplinar junto às mães desse grupo de crianças.

Os resultados deste estudo nos permitem perceber que o PBF tem um impacto inquestionável na redução da miséria, quando retira dos mais necessitados a fome absoluta. Como programa de governo, no entanto, que tem em seus princípios a promoção da alimentação saudável, precisa estar vinculado fortemente a outros setores, como educação e ação social, além da aliança fortalecida com a saúde, com suporte na Estratégia Saúde da Família.

Além disso, urge a incorporação de novos enfoques em estudos realizados sob essa temática - dentre eles, a abordagem qualitativa - de modo a se avançar não somente na mensuração, mas também na compreensão da gênese multidimensional de um programa de governo adotado, tais como: a relação da renda adquirida pelo PBF e as relações do trabalho formal e informal implementadas com o cadastro dessas famílias; o impacto dessa renda no funcionamento dos comércios da periferia urbana e rural; aspectos inerentes às condicionalidades do Programa e sua fiscalização e a parceria do PBF com o setor saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

No âmbito desta investigação, procuramos contribuir com essa vertente, buscando conhecer mais de perto diferentes aspectos da subjetividade materna, categoria que motivou este estudo concernente às mães no seu cotidiano de cuidado com os filhos, conferindo destaque às questões das práticas alimentares adotadas após o seu cadastro no PBF.

Desta forma, percebem-se a necessidade contínua de articulação intersetorial no contexto das políticas públicas nutricionais de saúde, bem como a atuação multidisciplinar, para a promoção da alimentação saudável infantil e da população brasileira, em geral. Reverter o modelo de assistência ainda hegemônico implica buscar uma assistência integral, equânime, e que garanta a qualidade de vida e a autonomia dos sujeitos inseridos no processo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. Josué de Castro: o homem, o cientista e seu tempo. **Est. Av.**, 1997
- ANDRADE, A.; BOSI, M. L. M.; Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino **Rev. Nutri.**, p.117-125, 2003
- ANDRADE, M.; CHEIN, F.; RIBAS, R. **Políticas de Transferência de Renda e Condição Nutricional de Crianças: uma avaliação do Bolsa Família**. Belo Horizonte: Cedeplar n. 32, 2007. (Texto para discussão CEDEPLAR/UFMG).
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.
- AQUINO, R. C.; PHILIPI, S. T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, p. 655- 660, 2002
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p.319-326, jul./set. 2007.
- ATTANAZIO, O. *et al.* **How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia**. London: The Institute for Fiscal Studies, 2005. Disponível em: <<http://www.ifs.org.uk/publications.php>>. Acesso em: 7 set. 2011.
- AZEVEDO, E. Reflexões sobre risco e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. **Rev. Nutri.**, Campinas, p.717-723, nov./dez. 2008.
- BAIÃO M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. **Rev. Nutr.**, p. 245-252, 2006.
- BARBOSA, R. M. S.; SALLES-COSTA, R.; SOARES, E. A. Guias alimentares para crianças: aspectos históricos e evolução **Rev. Nutr.**, Campinas, p. 255-263, mar./abr. 2006.
- BARBOSA, R. M. S.; CROCCIA, C.; CARVALHO, C.G.N; FRANCO, V.C; SALLES-COSTA, R.; SOARES, E. A. Consumo alimentar de crianças com base na pirâmide alimentar brasileira infantil **Rev. Nutr.**, Campinas, p. 633-641, set./out. 2005.

BARLOW, S. E.; DIETZ, W.H.; KLISH, W. J. Medical evaluation of overweight children and adolescent: Reports from Pediatricians, Pediatric Nurse Practitioners, and Registered Dietitians. **Pediatrics**, p. 222-228, 2002.

BATISTA FILHO, M. Projeto Fome Zero: a importância da divulgação científica dos seus resultados [Editorial]. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 3, n. 1, p.7-8, jan./mar. 2003.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p.181-191, 2003.

BATISTA FILHO, M Alimentação, saúde e nutrição. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 353-374.

BELIK, W.; GRAZIANO DA SILVA, J.; TAKAGI, M. Políticas de Combate à Fome no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, 2001

BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 12, n.1, p.12-20, 2003.

BETTO, F. A fome como questão política. **Est. Av.**, v. 17, n. 48, p. 53-61, maio/ago. 2003.

BICKEL, G.; NORD, M.; PRICE, C.; HAMILTON, W.; COOK, J. **Guide to Measuring Household Food Security**. Alexandria: United States Department of Agriculture. Food and Nutrition Service. Office of Analysis, Nutrition, and Evaluation, 2000.

BIRCH, L. L.; DAVISON, K. K. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. **Pediatr. Clin. N. Am.**, p. 893-907, 2001.

BIRCH, L. L.; FISHER, J. A. Appetite and eating behavior in children. **Pediatr. Clin. N. Am.**, p. 931-953, 1995.

BOA-SORTE, N.; NERI, L. A.; LEITE, M. E. Q.; BRITO, S. M.; MEIRELLES, A. R.; LUDUVICE, F. B. S. *et al.* Percepção materna e autopercepção do estado nutricional de crianças e adolescentes de escolas privadas. **J. Pediatr.** (Rio J.), v. 83, n. 4, p. 349-356, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2011.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev. SPAGESP**, v. 6, n. 1, p. 74-80, jan./jun. 2005.

BOSI, M. L. M.; MERCADO F. J. M. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

BOSI, M. L.M.; MERCADO F. J. M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BOSI, M. L. M. Desafios na interface pesquisa-construção do direito humano à alimentação: reflexões no âmbito da segurança alimentar e nutricional. **Ciênc. Saude Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 22-24, 2010.

BRAGA, B. A. *et al.* **Avaliação nutricional de crianças beneficiadas pelo PBF em creches Bahia**. Disponível em: < <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/7P.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de Políticas e Programas**. Brasília, 2008.

_____. Portaria GM/MDS n° 321, de 29 de setembro de 2008. Regulamenta a gestão das condicionalidades do programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS n° 551 de 09 de novembro de 2005. Disponível em: http://www.abdir.com.br/legislacao/legislacao_abdir_30_9_08_1.pdf Acesso em: 03 jan. 2009.

_____. **Programa Bolsa Família Brasília**. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia>. Acesso em: 03 jan. 2009.

_____. Decreto n° 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os arts. 18, 19 e 28 do Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei n° 10.836 de 09 de janeiro de 2004 que cria o Programa Bolsa Família. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2009/Decreto/D6917.htm Acesso em: 03 jan. 2009.

_____. Lei n° 10.836 de 09 de janeiro de 2004. Institui o Programa Bolsa Família. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm Acesso em: 03 jan. 2009

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de Orientações sobre o Bolsa Família**. 3. ed. Brasília, 2009

_____. Decreto nº 7.447, de 1º de março de 2011 que determina reajuste nos benefícios do Programa Bolsa Família (PBF). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7447.htm Acesso em: 03 jan. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** 2. ed. rev. Brasília, 2005.

_____. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável.** Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 37.106, de 31 de março de 1955. Institui a Campanha de Merenda Escolar (CME), subordinada ao Ministério da Educação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 1955.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BURLANDY, L. **Comunidade Solidária: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, 2007.

BURLANDY, L. Construction of the food and nutrition security policy in Brazil: strategies and challenges in the promotion of intersectorality at the federal government level **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 851-860, 2009

CAMELO, R. S.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C. C.; Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Economia Selecta**, Brasília, v.10, n. 4, p. 685-713, dez. 2009.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, p. 207-216, 1988.

CASTIÑEIRA, B. R.; NUNES, L. C.; RUNGO, P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: El Programa Bolsa Familia de Brasil. **Rev. Esp. Salud Pública**, p. 85-97, 2009.

CASTRO, H. C. O.; WALTER, M.I.M.T; SANTANA, C.M.B.; STEPHANOU, M.C. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira **Opinião Pública**, Campinas, v. 15, n. 2, p.333-355, nov. 2009.

CERRI, C.; SANTOS, A. C. **Fome**: história de uma cicatriz social. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/mesa/nt/a_09.htm>. Acesso em: 4 fev. 2003.

CLARO, R. M.; CARMO, H.C.E; MACHADO, F.M.S; MONTEIRO, C.A. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta **Rev. Saúde Pública**, p. 557-564, 2007.

COHN, A Políticas sociais e pobreza no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 12, jun./dez. 1995.

COOK, J. T.; FRANK, D. A.; BRKOWITZ, C.; BLACK, M. M.; CASEY, P. H.; CUTTS, D. B.; MEYERS, A. F.; ZALDIVAR, N.; SKALICKY, A.; LVENSON, S.; HEEREN, T.; NORD, M. Food Insecurity is associated with adverse health outcomes among human infants and toddlers. **J. Nutr.**, v. 134, n. 6, p. 1432-1438, 2004.

CORSO, A. C. T.; BOTELHO, L. J.; ZENI, L. A. R.; MOREIRA, E. A. M. Sobrepeso em crianças menores de 6 anos de idade em Florianópolis, SC **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, jan./mar. 2003.

CÚPULA Mundial da Alimentação: cinco anos depois: Relatório Nacional Brasileiro. 2002.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DANIEL, J. M. P.; CRAVO, V. Z. O Valor Social e Cultural da Alimentação. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição**: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

DIAS, C. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Inf. Soc.**, v. 10, n. 2, 2000.

DIAS, L. T.; NASCIMENTO, D. D. G.; MARCOLINO, F. F. O cuidado com a alimentação infantil na visão de profissionais da Estratégia Saúde da Família e cuidadores familiares **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 266-276, 2010.

DIETZ, W. H.; GORTMAKER, S. L. Preventing obesity in children and adolescents. **Annu. Rev. Public Health**, v. 22, p. 337-353, 2001.

DRAIBE, S. M. **Bolsa Escola y Bolsa-Família. Campinas: Unicamp**, 2006. (Caderno n. 76 Unicamp).

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DOMENE, S. M. A. Indicadores nutricionais e políticas públicas. **Est. Av.**, p.131-135, 2003.

DUARTE, G. B.; SAMPAIO, B.; SAMPAIO, Y. **Impactos do programa bolsa família sobre os gastos com Alimentos de famílias rurais**. 2007. Disponível em:<<http://www.bancodonordeste.gov.br/content/aplicacao/Eventos/ForumBNB2007/docs/impactos-do-programa.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2011.

ESCODA, M. S. Q. Política social e de nutrição: In: Dissertação de mestrado em Ciências Sociais: **A Determinação Social da Fome e a Intervenção do Estado**, Cap. III (mimeo) UFRN, 1989

FECHINE, A. D. **Contexto social e práticas alimentares em creches públicas: compreensões e olhares de professores e pais sobre obesidade e sobrepeso em crianças**. 2011. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

FIDELIS, C. M. F.; OSÓRIO, M. M. Consumo alimentar de macro e micronutrientes de crianças menores de cinco anos no Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 63-74, jan./ mar. 2007.

FIUZA, B. Lei garante renda básica para todos. **Jornal Brasil de Fato**, 16 jan. 2004. Disponível em: <<http://www.brasildefato.com.br/?page=noticia¬icia =236>>. Acesso em: 16 ago. 2009.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos: seguridade na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FLEURY, S. Por uma sociedade sem excluídos (as). **Observatório da Cidadania**, p. 76-80, 2007.

FREITAS, M. C. S.; PENA, P. G. L. Segurança Alimentar e Nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. **Rev. Nutr.**, Campinas, p. 69-81, jan./fev. 2007.

GADAMER, H. G. **A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GARCIA, R. W. D. Representações Sociais da Alimentação e Saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 51-68, 1997.

GARCIA, R. W. D. Representações Sociais da Comida no Meio Urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicos da alimentação. **Cad. Debate**, p. 12-40, 1994.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GRAZIANO DA SILVA, J.; TAKAGI, M. Fome Zero Política Pública e cidadania. In: ROCHA, M.; BELIK, W.; MENEZES, F. *et al.* **Segurança Alimentar: Um desafio para acabar com a fome no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 41-61.

GRAZIANO DA SILVA, J.; TAVARES, L. Segurança alimentar e a alta dos preços dos alimentos: oportunidades e desafios. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, p. 62-75, 2008.

HABER, J. Questões éticas e legais In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 11, p. 156-173.

HALL, A. Brazil's Bolsa Família: A Double-Edged Sword? **Development and Change**, v. 39, n.5, p. 799 -822, 2008.

HELMAN, C. G. Dieta e Nutrição. In: HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBASE. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas: Relatório Técnico preliminar. Rio de Janeiro, 2008.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD Segurança Alimentar 2004.** Rio de Janeiro, 2006.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n.2, p.115-121, jun. 2001.

KENDALL, A.; OLSON, C. M.; FRONGILLO, E. A. Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 96, n. 10, p. 1019-1024, 1996.

KRAHNSTOEVER, D. K.; LIPPS, B. L. Obesigenic families: parents' physical activity and dietary intake patterns predict girls' risk of overweight. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v. 26, p. 1186-1193, 2002.

LAVINAS, L. Universalizando direitos.– relatório 2004: medos e privações – obstáculos à segurança humana. **Revista Observatório de cidadania** Rio de Janeiro: IBASE, p. 67-74 março 2004.

LAVINAS. L. O nó é outro. **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 4 abr. 2006.

LEÃO, M. M.; CASTRO. I. R. R. Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). **Epidemiologia nutricional.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 519-541.

LEITE, J. P. A.; ARRAES, N. A. M. Políticas Municipais de Segurança Alimentar: o caso do município de Campinas, SP. **Organizações Rurais & Agroindustriais Lavras**, v. 8, n.1 p.91-104, 2006.

LIGNANI, J. B.; SALLES-COSTA, R. **Participação do Programa Bolsa Família nas modificações do consumo alimentar de famílias beneficiadas pelo programa.** 2009. Disponível em:< <http://www.ipc-undp.org/publications/mds/28P.pdf>>. Acesso em 6 set. 2011.

LIMA, E. S.; OLIVEIRA, C. S.; GOMES, M. C. R. Educação nutricional da ignorância alimentar a representação social na pós-graduação do Rio de Janeiro (1980-98). **Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 603-635, maio/ago. 2003.

LINDSAY, A. C.; MACHADO, M. M. T.; SUSSNER, K.M.; HARDWICK, C. K.; KERR, L.R.F.S; PETERSON, K.E. Brazilian Mothers' Beliefs, Attitudes And Practices Related To Child Weight Status And Early Feeding Within the Context Of Nutrition Transition. **J. Biosoc. Sci.**, p. 1-17, 2008.

MACHADO, M. M. T.; GALVÃO, M.T.G; KERR, L.R.F; CUNHA, A.J.L.A; LEITE, A.J.M; LINDSAY, A. C. et al Acesso e utilização de fórmulas infantil e alimentos entre crianças nascidas de mulheres com HIV/AIDS. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 9, n. 3, p. 699-711, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a10.htm>>. Acesso em: 6 set. 2011.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, p.187-196, abr./jun. 2008.

MACIEL, M. E. Identidade Cultural e Alimentação In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENA, M.; SCHOTZZ, V.; SCALERCIO, G. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p.1513-1524, 2007.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 861-868, 2009.

MALUF, R. S. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 2. ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2009.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P.; OLIVEIRA, D. C.; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 1553-1565, 2007.

MARTORELL, R.; KETTLE-KHAN, L.; MORGEN, L. H.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Obesity in Latin American Women and Children. **J. Nutr.**, v. 128, n. 9, p. 1464-1473, 1998.

MARINS, V. M.; ALMEIDA, R. M. "Undernutrition Prevalence and Social Determinants in Children Aged 0-59 Months". Niterói, Brasil. **Ann. Hum. Biol.**, p. 609-618, Nov./Dec. 2002.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P.; OLIVEIRA, D. C.; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 1553-1565, 2007.

MATHESON, D. M.; VRADY, J.; VARADY, A.; KILLE, J. D. Household food insecurity and nutritional status of Hispanic children in the fifth grade. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 76, n. 1, p. 210-217, 2002.

MEDEIROS, M. **A Trajetória do Welfare State no Brasil**: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. Brasília: Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão 2001. (Texto para Discussão).

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. V. **Targeted Cash Transfer Programmes in Brazil**: BPC and the Bolsa Família. Brasília: BNDES, 2008. (Working Paper, n. 46).

MERCER, R. The Argentinean paradox: the case of contradictory child malnutrition epidemics. **J. Epidemiol. Commun. Health**, v. 57, p. 83, 2003.

MELGAR-QUINONEZ, H. R.; KAISER, L. L. Relationship of child-feeding practices to overweight in low-income Mexican-American preschool-aged children. **J. Am. Diet. Assoc.**, v. 104, n. 7, p. 1110-1119, 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOLINA, M. C. B. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças **Rev. Saúde Pública**, p. 785-792, 2010.

MONNERAT, G. L.; SENNA, M. C.M; SCHOTZZ, V ; MAGALHÃES, R; BURLANDY, L. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p.1453-1462, 2007.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Rev. Saúde Pública**, p. 52-61, 2000.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H.D.A; KONO, S. C.; SILVA, A. C. S.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, p. 35-43, 2009.

MOURA, P. G. M. Bolsa Família: projeto social ou marketing político? **Rev. Katályses**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 115-122, jan./jun. 2007.

NÉRI, M. O Programa Fome Zero e a política social. In: ROCHA, M.; BELIK, W.; MENEZES, F. *et al.* **Segurança Alimentar**: Um desafio para acabar com a fome no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 41-61, 2004.

OGDEN, C. L.; CARROL, M. D.; CURTIN, L.C.; MCDOELL, M. A. et al Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2004. **Jama**, v. 288, p. 1728-1732, 2006.

OH, S. Y.; HONG, M. J. Food insecurity is associated with dietary intake and body size of Korean children from low-income families in urban areas. **Eur. J. Clin. Nutr.**, v. 57, n. 12, p. 1598-1604, 2003.

OLIVEIRA, A. M. H. C. *et al.* Primeiros Resultados da Análise da Linha de Base da Pesquisa de Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados: Bolsa Família e Assistência Social.** Brasília, DF, 2007. v. 2.

OLSON, C. M. Nutrition and health outcomes associated with food insecurity and hunger. **J. Nutr.**, v. 129, Suppl., p. 521S-524S, 1999. Review.

OPAS. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, 2002.

PAES-SOUSA, R.; VAITSMAN, J. (Org.). **Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do Ministério do Desenvolvimento Social.** Brasília: MDS, Secretaria de avaliação e gestão da Informação, 2005. (Cadernos de Estudos: Desenvolvimento Social em Debate, n. 5).

PASQUIM, E. M.; SANTOS, L. M. Análise de programas de transferência de renda no Brasil sob a ótica e prática de atores federais e estaduais. **Saúde Soc.**, v.16, n. 3, p.52-68, 2007.

PHILIPPI, S. T.; CRUZ, A. T. R.; COLUCCI, A. C. A. Pirâmide alimentar para crianças de 2 e 3 anos. **Rev. Nutr.**, v. 16, n. 1, p. 5-19, 2003.

PEREIRA, L. L. *et al* **Efeitos do programa bolsa família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH.** 2009. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/publications/mds/33M.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2011.

PEQUENO, R. S. A. **O Programa Bolsa-Família:** seus efeitos econômicos e sociais na região Nordeste do Brasil. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/biblioteca-virtual-bolsa-familia-1>>. Acesso em: 19 jun. 2009

PINHEIRO, A. R. O. Reflexões sobre o Processo Histórico / Político de Construção da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. **Segurança Alimentar e Nutricional.** Campinas p.1-15, 2008.

PINHEIRO, R. C. Controle social do Programa Bolsa Família: uma experiência de transversalidade e intersectorialidade em um programa público brasileiro. In: CONCURSO DEL CLAD SOBRE REFORMA DEL ESTADO Y MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA: ¿Cómo enfrentar los desafíos de la transversalidad y de la intersectorialidad en la gestión pública?, 20., 2007, Caracas. Disponível em: <http://www.clad.org/siare_isis/fulltext/0056805.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2011.

PINTO, M. S. Um breve olhar das políticas Públicas de Alimentação e Nutrição no Brasil e a interface com a obesidade In: Dissertação de Mestrado **Muito mais do que pe(n)sam: percepções e experiências de mulheres obesas usuárias da rede pública de saúde de um município do Nordeste do Brasil** Cap.II Universidade Federal do Ceará-UFC 2009

PINTO, I. V. **Percepções das titulares do Programa Bolsa Família e as repercussões em suas condições de vida:** Um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, em Manguinhos, RJ. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

PIRANI, A. P. **O significado do Programa Bolsa Família para os beneficiários do Município de Rolândia/PR, 2009.** Disponível em: <http://www.ibase.br/userimages/DV_39_indicadores2.pdf> Acesso em: 10 jan. 2010.

PIRES, A. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 43-90.

POLHAMUS, B. **Pediatric Nutrition Surveillance 2003 Report.** Washington: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

PONTES, J. R. S.; NOVAES, A.; BOSI, M. L. M. Transição Demográfica e Epidemiológica In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-151.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

POPKIN, B. M.; GORDON-LARSEN, P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. **Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.**, v. 28, suppl. 3, p. S2-9, 2004.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas In: POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa enfoques epistemológicos e metodológicos** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 215-247.

RAMOS, M.; STEIN, L. M.; Desenvolvimento do Comportamento Alimentar Infantil. **J. Pediatr.**, v. 76, 2000.

REGO, W. L. Aspectos teóricos das políticas de cidadania: uma aproximação ao bolsa família. **Lua Nova**, São Paulo, p.147-185, 2008.

RISSIN, A; BATISTA FILHO, M.; BENÍCIO, M.H.D; FIGUEIROA, J.N. Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 59-67, jan./ mar. 2006.

RISSIN, A.; BATISTA FILHO, M. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 181-191, 2003

RITCHIE, L. **Pediatric overweight**: a review of the literature. [S.l.]: California Department of Health Services COPI, 2001.

ROCHA, C. Developments in National Policies for Food and Nutrition Security in Brazil. **Development Policy Review**, v. 27, n.1, p. 51 -66, 2009.

ROCHA, L. A.; KHAN, A. S.; LIMA, P. V. P. **Impacto do programa bolsa-família sobre o bem-estar das famílias beneficiadas no estado do ceará.** 2008. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/19.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2011.

ROMANELLI, G. O significado da alimentação na família: Uma visão antropológica **Medicina**, Ribeirão Preto, p. 333-339, 2006.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 85-94 jan./mar. 2004.

SALLES-COSTA, R. et al **Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas: resultados referentes à situação de insegurança alimentar.** 2009. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_385317780.pdf>. Acesso em: 6 set. 2011.

SALLES-COSTA, R.; SEGALL-CORREA, A. M. **Novas possibilidades de alimentação**

a **caminho?** 2009. Disponível em:
<http://www.ibase.br/userimages/DV_39_indicadores2.pdf>. Acesso em: 6 set. 2011.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12 p. 319-324, 2007.

SANTOS, L. M. P.; SANTOS, S. M. C.; SANTANA, L. A. A.; HENRIQUE, F. C. S.; MAZZA, R. P. D. ET AL Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 2681-2693, nov. 2007.

SECRETARIA NACIONAL DE RENDA E CIDADANIA/SENARC. Disponível em:
<<http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizsrch.asp>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

SEGALL, A. M.; MARIN LEON, L.; HELITO, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SANTOS, L.M.P; PAES-SOUSA, R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise de dados nacionais. **Rev. Nutri.**, v. 21, supl., p. 39s-51s, 2008.

SENA, M. C. M.; BURLANDY, L.; MONNERAT, G.L.; SCHOOTZ, V.; MAGALHÃES, R. Programa Bolsa Família: nova institucionalidade no campo da política social brasileira? **Revista Katályse**, Florianópolis, v.10, n.1, p.86-94, jan./jun. 2007.

SILVA, A. C. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Est. Av.**, São Paulo, v. 9, n. 23, abr. 1995.

SILVA, R. R. Principais políticas de combate a fome implementadas no Brasil. **Rev. Virtual Textos & Contextos**, n. 5, nov. 2006.

SILVA E SILVA, M. O. **O Bolsa Família no enfrentamento à pobreza no Maranhão e Piauí** São Paulo: Cortez; Teresina: Editora Gráfica da UFPI, 2008. p. 23-55.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; CARDOSO, H.; Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da seleção alimentar. **Psicologia, Saúde e Doenças**, p.189-208, 2008.

SOARES, F. V.; RIBAS, R. P.; OSÓRIO, R. G. Evaluating the impact of brazil's bolsa familia. **Latinam. Res. Rev.**, v. 45, n. 2, p. 173 -190, 2010.

SOARES, S.; SÁTYRO, N. **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada –IPEA, 2003. (Texto para discussão, n. 1424).

SPECTOR, P. E. **Psicologia nas organizações**. São Paulo: Saraiva, 2002.

SUÁREZ, M.; LIBARDONI, M. O Impacto do Programa Bolsa Família: Mudanças e Continuidades na Condição Social das Mulheres. In: VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. (Org.). **Avaliação de Políticas e Programas do MDS: Resultados**. Brasília: MDS, 2007.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis, type & software tools**. New York: The Falmer Press, 1995.

TRONCON, J. K.; GOMES, J. P.; GUERRA-JÚNIOR, G.; LALLI, C. A. Prevalência de obesidade em crianças de uma escola pública e de um ambulatório geral de pediatria de Hospital Universitário. **Rev. Paul. Pediatr.**, p.305-310, 2007.

TUBINO, J. **Porque investir na redução da fome e da miséria**. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/artigo/porque-investir-na-reducao-da-fome-e-da-miseria-josetubino>> Acesso em: 17 out. 2009.

UAUY, R.; MONTEIRO, C. A. The challenge of improving food and nutrition in Latin America. **Food Nutr. Bull.**, v. 25, n. 2, p. 175-182, 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Programas de Comercialização de alimentos: Uma Análise das Modalidades de Intervenção em Interface com a Cidadania. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 4, out./dez. 2003.

VALENTE, F. L. S. Do Combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. **R. Nutr. Puccamp**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 20-36, jan./jun. 1997.

VASCONCELOS, F. A. G. Fighting hunger in Brazil: a historical analysis from Presidents Vargas to Lula. **Rev. Nutr.**, v. 18 p. 439-457, 2005.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, p. 99-105, jan./mar. 2006.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciênc. Saúde Coletiva**, p. 731-741, 2009.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, p.32-46, 2011.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Tomo, 2000. p. 61-78.

VISSCHER, T. L.; SEIDELL, J. C. The public health impact of obesity. **Annu. Rev. Public Health**, v. 22, p. 355-375, 2001.

VITOLO, M. R.; BORTOLINI, G. A.; FELDENS, C. A.; DRACHLER, M. L. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1448-1457, set./out. 2005.

YASBEK, M. C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 104-112, 2004.

ZIMMERMANN, C. R. Os Programas Sociais sob a ótica dos Direitos Humanos: O caso do Bolsa Família do Governo Lula no Brasil. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, ano 3, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO CADASTRO DE FAMÍLIAS ELEITAS PARA INCLUSÃO NO PBF

1. Quais os profissionais que acolhem os cidadãos que desejam o recurso do PBF? Como acolhem?
2. Quais informações são solicitadas pelos profissionais?
3. Qual o perfil das pessoas que procuram o PBF (sexo, idade, tem filhos, renda, ocupação, estado civil, onde moram?)
4. O que orientam os profissionais do PBF após feito o cadastro das pessoas?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÃES

Prezada Senhor(a),

Sou enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Sobral-CE uma pesquisa intitulada “**Programa Bolsa Família (PBF) em Sobral-CE: o olhar de gestores e usuários sobre os benefícios para a prática nutricional saudável de crianças de 0 a 5 anos**” sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Com essa pesquisa tenho como objetivo compreender como o Programa Bolsa Família contribui para as práticas nutricionais saudáveis de crianças de 0 a 5 anos na percepção dos gestores e das mães beneficiadas em Sobral-CE. Para tanto estaremos realizando uma entrevista individual. Gostaria de acrescentar que não detenho de nenhum cargo administrativo neste município, sendo que este tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da pesquisa (amostra). Os resultados desta entrevista são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Reforço que o fato de participar ou não do estudo não trará prejuízo na continuidade do benefício que recebe do PBF.

Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade da pesquisadora e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Andréa carvalho Araújo Moreira Rua Padre Luís Franzone, 459 Bairro: Coelce Sobral-CE Fone: 88- 36114353

ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Rua General Rangel, 186 Bairro Derby
Telefone: 36774242

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa “**Programa Bolsa Família (PBF) em Sobral-CE: o olhar de gestores e usuários sobre os benefícios para a prática nutricional saudável de crianças de 0 a 5 anos**”, realizada pela enfermeira Andréa Carvalho Araújo Moreira e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Sobral, ____ de _____ de _____

<p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<p style="text-align: center;">Andréa Carvalho Araújo Moreira (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA MÃES

Data ____/____/____ No. da entrevista: _____
 Horário de Início: _____ Horário de término: _____
 Nome do participante (fictício) : _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____
 Grau de instrução: _____
 Situação conjugal: _____
 Religião: _____
 Renda familiar : _____
 Mora com quem? _____
 Desde quando recebe o benefício do Programa Bolsa Família? _____
 Quantas crianças são beneficiadas: _____

SOBRE O PROGRAMA BOLSA FAMILIA:

1. Como a senhora ouviu falar do BF e o que falavam para a senhora?
2. Como foi a sua seleção da sra. para o Programa Bolsa Família? (explorar critérios, forma de inscrição; tempo para ser inserida)
3. Teve dificuldades? Se sim, quais as dificuldades que você teve para conseguir esse recurso via PBF? Por que?
4. Como você se sentiu ao ser selecionada para o PBF?
5. O que esse recurso trouxe de positivo para a saúde de seu filho que é assistido nesse programa? (Explorar o que faz com o recurso adquirido)
6. Fale pra mim como a senhora avalia o PBF e o que poderia ser melhorado? Cite sugestões

SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ASSISTIDA NO PBF

1. Ao ser cadastrada, o que orientaram a sra sobre como utilizar o dinheiro na compra dos alimentos para seu filho?
2. Como você compra os alimentos? Quem compra e onde compra? (Explorar a forma de aquisição e dificuldades para adquirir os alimentos)
3. Fale para mim, como é a alimentação do seu filho no dia-a-dia? Que alimentos a senhora evita comprar por medo ou algum outro motivo? (Explorar o preparo dos alimentos, crenças e culturas)
4. Fale pra mim como era a alimentação do seu filho antes da senhora ser beneficiada (Explorar os alimentos que comprava antes). Que alimentos a senhora passou a comprar depois de receber o dinheiro do PBF? Por quê? (Explorar o que fez adquirir esses novos alimentos) Tinha algum alimento que você tinha muita vontade de comprar para seu filho? E hoje consegue comprar com o dinheiro recebido?
5. O que é para você ter uma alimentação saudável?
6. Como você avalia a qualidade da alimentação que oferece a seu filho? O que você gostaria que fosse melhorado, para ele ter sempre uma alimentação saudável?
7. O que a senhora acha que acontece com uma criança que tem o peso acima do normal? Por que a senhora acha que existe obesidade nas crianças? O que a senhora acha que uma gordura excessiva pode causar na saúde de uma criança?
8. O que a senhora faz pra evitar que seu filho tenha sobrepeso ou obesidade?
9. O que mudou na rotina da alimentação do seu filho, depois que passou a receber o recurso do PBF?

APÊNDICE D

SÍNTESE ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL

1. O que vocês acham do Programa Bolsa Família?
2. O que que vocês compram? Onde compram?
3. O que vocês passaram a comprar após o PBF?
4. Como é alimentação do seu filho no dia-a-dia?
5. Que sugestões vocês dão para o PBF?

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÃES DO GRUPO FOCAL

Prezada Senhor(a),

Sou enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, estou desenvolvendo, no município de Sobral-CE uma pesquisa intitulada “**Programa Bolsa Família (PBF) em Sobral-CE: o olhar de gestores e usuários sobre os benefícios para a prática nutricional saudável de crianças de 0 a 5 anos**” sob a orientação da Profa. Dra. Márcia Maria Tavares Machado.

Com essa pesquisa tenho como objetivo compreender como o Programa Bolsa Família contribui para as práticas nutricionais saudáveis de crianças de 0 a 5 anos na percepção dos gestores e das mães beneficiadas em Sobral-CE. Para tanto estaremos realizando um grupo focal. Gostaria de acrescentar que não detenho de nenhum cargo administrativo neste município, sendo que este tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado o anonimato dos componentes da pesquisa (amostra). As falas ditas nesse grupo são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessíveis a outras pessoas. Reforço que o fato de participar ou não do estudo não trará prejuízo na continuidade do benefício que recebe do PBF.

Dou-lhe a garantia que as informações que estarei obtendo serão apenas para a realização do meu trabalho, e seu nome e nada que puder lhe identificar será utilizado. Também lhe asseguro que fotos não serão tiradas, nem realizadas filmagens, apenas a gravação de áudio da entrevista que será feita através de um aparelho eletrônico de propriedade da pesquisadora e a qualquer momento você terá acesso às fitas gravadas e às anotações das informações obtidas, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. O(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo algum. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Andréa Carvalho Araújo Moreira Rua Padre Luís Franzone, 459 Bairro: Coelce Sobral-CE Fone: 88- 36114353

**ATENÇÃO! Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
Rua General Rangel, 186 Bairro Derby
Telefone: 36774242**

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa “**Programa Bolsa Família (PBF) em Sobral-CE: o olhar de gestores e usuários sobre os benefícios para a prática nutricional saudável de crianças de 0 a 5 anos**”, realizada pela enfermeira Andréa Carvalho Araújo Moreira e estando ciente de meus direitos DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Sobral, ____ de _____ de _____

<p>(Assinatura ou digital) da voluntária do estudo</p>	<p style="text-align: center;">Andréa Carvalho Araújo Moreira (Responsável pela pesquisa)</p>
--	---

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

ANEXOS

ANEXO A**Parecer do Comitê de Ética**