

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS BENEFICIADAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

NUTRITIONAL CONDITION OF CHILDREN WHO BENEFIT FROM THE "BOLSA FAMÍLIA" PROGRAMME IN A CITY OF NORTHWESTERN SÃO PAULO STATE, BRAZIL

Fabiana Pelegrin Cogo dos Santos¹, Fabiana Cristina Frigieri De Vitta²,
Marta Helena Souza De Conti¹, Sara Nader Marta¹, Márcia Aparecida Nuevo Gatti¹,
Sandra Fiorelli de Almeida Penteado Simeão¹, Alberto De Vitta¹

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106003>

Resumo

Introdução: os programas de transferência direta de renda, como o Bolsa Família têm a importante função de possibilitar que aspectos da vida cotidiana recebam o cuidado e importância necessários para a melhoria da qualidade de vida. Um deles diz respeito à alimentação e nutrição saudável. **Objetivo:** o objetivo foi avaliar o estado nutricional em menores de cinco anos, cujas famílias são beneficiadas pelo programa "Bolsa-família" de uma cidade da região noroeste do estado de São Paulo. **Método:** para tal, foi realizado um estudo retrospectivo e transversal com os prontuários de 284 crianças menores de cinco anos de idade, dos quais foram coletados dados sócio-demográficos, de peso e altura. Para o diagnóstico nutricional das crianças foram utilizados os indicadores Peso/Idade, Estatura/Idade e Peso/Estatura, a partir do ponto de corte por escore-z, recomendados pela *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition*. Para a análise dos dados foram utilizados os recursos da estatística descritiva e o teste de Qui-quadrado para verificar associação entre os indicadores, o sexo e a faixa etária. **Resultados:** do total de crianças 8,8% apresentam déficits no indicador estatura/idade e 4,2% no peso/idade; 8,1% e 7,4% excesso de peso na relação peso/idade e peso/estatura; 4,6% das crianças menores de 2 anos apresentaram peso elevado para idade e peso elevado para a estatura e 7,8% dessas crianças apresentaram baixa estatura para idade. A prevalência de déficit e excesso de peso população infantil observada neste trabalho foi semelhante às encontradas em outras regiões do Brasil. **Conclusão:** é necessário a manutenção do sistema de vigilância nutricional capaz de detectar os grupos de risco e auxiliar na formulação de medidas eficientes para prevenção e correção dos problemas nutricionais.

Palavras-chave: saúde da criança, antropometria, bolsa família, avaliação nutricional.

INTRODUÇÃO

A investigação sobre estado nutricional de crianças e adolescentes tem sido discutida no Brasil desde o início do século XX, com políticas sociais implementadas, principalmente, para o monitoramento e recuperação do estado nutricional dos indivíduos, como também para o enfrentamento das questões relacionadas à fome.

Partindo da premissa de que um incremento na situação financeira de uma família poderá promover uma melhora no estado nutricional das crianças que nela vivem, o governo brasileiro vem implantando, com êxito, programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF).

O PBF é um programa de transferência direta de renda, criado em 2003, que visa reduzir a

pobreza e as desigualdades e combater a fome entre as famílias pobres (com renda mensal per capita de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e as extremamente pobres (com renda mensal per capita de até R\$ 60,00). Para isso, pauta-se em três dimensões: promoção do alívio imediato da pobreza por meio da transferência direta de renda; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação; coordenação de programas complementares, para que as famílias consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza¹.

Segundo Cacciamali, Tatei e Batista²

o PBF é o maior programa de transferência de renda no Brasil, destinado às famílias que dispõem de baixos recursos, prevendo contrapartidas de acompanhamento da saú-

1 Dentistry in Public Health, Universidade do Sagrado Coração (USC), Rua Ir. Arminda, 10-50, Jd Brasil, CEP: 17011-160; Bauru, SP, Brasil.

2 Department of Special Education, Universidade Estadual Paulista, Av. Hygino Muzzi Filho, 737, CEP 17525-900; Marília, SP, Brasil.

Corresponding author: Alberto De Vitta. E-mail: albvitta@yahoo.com.br.

Suggested citation: Santos FPC, Vitta FCF, Conti MHS, Mata SN, Gatti MAN, Simeão SFAP et al. Nutritional condition of children who benefit from the "Bolsa Família" programme in a city of northwestern, São Paulo state, Brazil. *Journal of Human Growth and Development*. 25(3): 313-318. Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106003>

Manuscript submitted Oct 22 2014, accepted for publication Dec 19 2014.

de e estado nutricional das gestantes e dos filhos, matrícula e 85% de frequência escolar de crianças na idade entre 7 e 15 anos, e participação em programas de educação alimentar (p. 275).

Deste modo, espera-se que o beneficiário possa cumprir o exercício da cidadania e comportar-se como agente econômico, amparando não só a si e à sua família, mas inserindo-se num contexto mais amplo de relações por meio das quais poderá suavizar os efeitos de sua condição de pobreza^{2,3,4,5}.

Este programa tem como contrapartida, o cumprimento de algumas condições pelas famílias beneficiadas, como a atualização do calendário vacinal e o acompanhamento mensal do crescimento para as crianças menores de 7 anos, assim como o cumprimento da frequência escolar para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos¹. A intenção é elevar o grau de concretização de direitos sociais por meio da indução da oferta e da demanda por serviços de saúde, educação e assistência social, rompendo, assim, o ciclo da reprodução contínua da pobreza⁶.

Em relação à prevalência de déficits antropométricos, dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, mostraram que, entre as crianças menores de cinco anos, 7% se encontravam com déficit estatural, 2% com déficit de peso para a estatura e 1,7% com déficit de peso para a idade^{4, 7}.

Trabalhos visando avaliar o estado nutricional das crianças beneficiadas pelos programas de transferência de renda tem fundamental importância, devido ao elevado investimento do governo em programas sociais, com ênfase no PBF e, a elevada expectativa da população na melhoria das condições de vida e saúde, possivelmente viabilizadas por meio do recebimento destes benefícios.

Ademais, em 1999 foi publicada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que "se constitui no compromisso do Ministério da Saúde com a promoção de práticas alimentares saudáveis e prevenção e controle de agravos nutricionais relacionados à insegurança alimentar e nutricional", que visam a concretização do direito à alimentação e saúde (p. 813)⁸. Segundo esses autores, o PNAN tem as seguintes diretrizes:

estímulo às ações intersetoriais, com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e qualidade dos alimentos, bem como da prestação de serviços nesse sentido; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (p.813).

Considerando tais aspectos, o objetivo do presente estudo foi avaliar o estado nutricional em menores de cinco anos, cujas famílias são benefi-

ciadas pelo programa "Bolsa-família", na cidade de Piratininga, São Paulo.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal com todas as 283 crianças menores de cinco anos de idade, residentes no município de Piratininga, cujas famílias são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF).

Tal município, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁹, apresenta área territorial equivalente a 402 km² e população estimada de 10.584 pessoas. Também de acordo com o IBGE em 2010, a cidade contava com três estabelecimentos de saúde, todos atendidos pelo SUS.

A proporção de crianças é de 14,4%, sendo que 13% são menores de sete anos. A mortalidade infantil até 1 ano é de 14,11, a expectativa de vida é de 72,1 anos, a taxa de alfabetização de 90,35%. O índice de Gini, que mostra o grau de desigualdade na distribuição de renda, é de 0,44; e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), de 0,797.

Para a obtenção dos dados de interesse (idade, sexo, peso e estatura atuais), a Secretaria de Saúde do Município emitiu uma autorização e, com o acompanhamento de uma enfermeira treinada, estes foram coletados e registrados em uma ficha previamente elaborada, durante a visita periódica que cada criança, participante do PBF, realiza ao Centro de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sagrado Coração (prot. n.º 123).

A data de nascimento foi verificada no cartão de identificação da criança. O peso foi obtido por meio de uma balança, revisadas e aferidas pelo Instituto Nacional de Metrologia (INMETRO) - órgão governamental responsável pela manutenção. A estatura foi mensurada por meio de antropômetro, fita métrica e triângulos. As crianças foram pesadas e medidas sem calçados, sem nada na cabeça e com o mínimo de roupas possível¹⁰.

Para a categorização das crianças quanto aos indicadores peso/idade, peso/estatura e estatura/idade foram utilizados os pontos de corte por escore-z recomendados pela *WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition*¹¹.

Os pontos de corte de peso por idade para crianças são: < escore - z - 3 (peso muito baixo), ≤ escore - z - 3 e < escore - z - 2 (peso baixo), > escore -z - 2 e < escore - z + 2 (peso adequado) e ≤ escore -z - 2 (peso elevado).

Para análise da relação estatura por idade os pontos são: < escore - z - 2 (baixa estatura) e ≤ escore - z - 2 (estatura adequada). Os pontos relacionados ao peso por estatura são: < escore - z - 2 (peso baixo), ≤ escore - z - 2 e escore -z + 2 (peso adequado) e ≤ escore - z + 2 (peso elevado).

Os cálculos dos indicadores foram realizados por meio do software WHO Anthro, desenvolvido pela OMS para facilitar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento de indivíduos e populações de crianças até cinco anos de idade.

Os dados coletados foram submetidos ao software SPSS (Versão 16.0). Os indicadores do

estado nutricional foram descritos por meio de suas frequências absoluta e relativa e relacionados em tabelas. O teste do Qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para verificar a associação entre os indicadores do estado nutricional e faixa etária (menores de dois anos e entre dois e cinco anos de idade)¹².

RESULTADOS

As características sócio-demográficas das crianças apontaram que 50,5% eram meninos e 75,9% estavam na faixa etária abaixo de dois anos.

Verificou-se que 4,2% das crianças apresentaram déficits no indicador peso/idade e 8,8% estatura/idade, enquanto que 8,1% e 7,4% excesso de peso na relação peso/idade e peso/estatura, respectivamente (Tabela 1).

Observa-se na Tabela 2 que 4,6% das crianças menores de 2 anos apresentaram peso elevado para idade e peso elevado para a estatura, enquanto 7,8% apresentaram baixa estatura para a idade. O teste do Qui-quadrado para os indicadores Peso/Idade e Peso/Estatura apontou significância estatística, sugerindo que existe associação destes indicadores com a faixa etária.

Tabela 1: Distribuição das frequências absoluta e relativa dos indicadores do estado nutricional das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (Piratininga 2010)

Indicadores do estado nutricional	N	%
Peso por idade		
Peso baixo para idade	12	4,2
Peso adequado ou eutrófico	248	87,6
Peso elevado para idade	23	8,1
Estatura por idade		
Baixa estatura para idade	25	8,8
Estatura adequada para idade	258	91,2
Peso por estatura		
Peso baixo para estatura	3	1,1
Peso adequado ou eutrófico	259	91,2
Peso elevado para estatura	21	7,4

Tabela 2: Distribuição das frequências absoluta e relativa dos indicadores do estado nutricional das crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Família segundo a faixa etária e respectivo teste estatístico (Piratininga 2010)

Indicadores do estado nutricional	< 25 meses		≥ 25 meses		p
	n	%	n	%	
Peso por idade					
Peso baixo para idade	9	3,2	3	1,1	$p < 0,05^*$
Peso adequado ou eutrófico	191	67,5	57	20,1	
Peso elevado para idade	13	4,6	10	3,5	
Estatura por idade					
Baixa estatura para idade	22	7,8	3	1,1	$p > 0,05$
Estatura adequada para idade	191	67,5	67	23,7	
Peso por estatura					
Peso baixo para estatura	2	0,7	1	0,4	$p < 0,05^*$
Peso adequado ou eutrófico	198	70,0	61	21,6	
Peso elevado para estatura	13	4,6	8	2,8	

* Estatisticamente significativa

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar o estado nutricional de menores de cinco anos do programa bolsa-família no Município de Piratininga, SP, sendo importante salientar que para a classificação do estado nutricional foram considerados os pontos de corte para cada sexo.

O perfil antropométrico do grupo estudado revelou que 4,2% e 8,8% das crianças apresentaram déficits nos indicadores peso/idade e estatura/idade, respectivamente. Resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, mostraram que, entre as crianças menores de cinco anos, 7% se encontram com déficit estatural, 2% com déficit de

peso para a estatura e 1,7% com déficit de peso para a idade¹³. No Rio de Janeiro foi observado que 15,% das crianças apresentaram déficit no indicador peso/idade e 9,1% no estatura/idade¹⁴.

Tuma et al.¹⁵ verificou que 2,2% das crianças tinham déficits de peso/idade e 4,8% estatura/idade, Saldiva et al.¹⁶ notou um déficit de 4,3% no indicador peso/idade e 9,9% no indicador estatura/idade e Silva et al.¹⁷ verificaram um déficit de 1,5% no indicador peso/idade e 4,4% no indicador estatura/idade.

Segundo o acompanhamento registrado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) até junho de 2008, dentre as crianças menores de cinco anos beneficiárias do PBF em todo o estado de Minas Gerais, 5,6% apresentavam baixo peso para idade (entre os percentis 0,1 e 3), 6,7% apresentavam baixo peso para estatura e 12,5% apresentavam baixa estatura para a idade.

Verificou-se que 8,1% e 7,4% das crianças de Piratininga apresentaram excesso de peso nos indicadores peso/idade e peso/estatura. Tais resultados são compatíveis aos encontrados por Tuma et al.¹⁵ (6,9% e 6,1%) e Oliveira et al.¹⁸ (4,0% e 5,6%).

Quando analisados os indicadores, por faixa etária, observa-se que 4,6% das crianças menores de 2 anos apresentaram peso elevado para idade e peso elevado para a estatura e 7,8% delas crianças apresentaram baixa estatura para idade. Aguiar¹⁹ verificou que 10,9% das crianças estavam acima do peso esperado, Verly Jurnior²⁰ notou que 6,35% apresentaram excesso de peso e Silva e Nunes²¹ observaram que o sobrepeso e a obesidade tiveram prevalência, respectivamente, de 14,8 e 9,1% para o sexo feminino e de 16,1 e 11,9% para o sexo masculino.

Em estudo nacional realizado em Sobral, 5,7% das crianças beneficiárias apresentaram déficit de peso, assim como, 12,8%, déficit de estatura²². Pesquisa similar publicado pelo Ministério da Saúde encontrou 10,7% das crianças com baixo peso para idade, 2,2% com baixo peso para estatura e 15,1% com déficit estatura²³. Monteiro et al.²⁴ notaram que as prevalências de baixo peso para idade e para estatura foram de 2,0% e de 1,0%, respectivamente, e apenas a prevalência de baixa estatura (6,3%) ultrapassou o valor esperado.

Em relação à presença de excesso de peso nestas crianças, uma das hipóteses explicativas pode estar no contexto da transição alimentar vivenciada no país, em que ocorre aumento na disponibilidade de alimentos industrializados ricos em calorias e gorduras e redução do consumo de frutas e verduras, acompanhada do aumento de sobrepeso e da anemia, refletindo consumo inadequado de alimentos¹.

Os resultados mostram que o aumento na renda das famílias através do PBF não incide diretamente na melhoria do estado nutricional das pessoas beneficiadas. A concomitância entre excesso de peso e desnutrição aparece especialmente em países em desenvolvimento da América Latina. Durante a transição nutricional, excesso de peso emerge como um problema nacional, ao passo que a desnutrição permanece ainda em algumas regi-

ões, principalmente as menos desenvolvidas, o que evidencia a íntima relação entre agravos nutricionais e desenvolvimento e renda entre populações²⁵.

Dados semelhantes foram encontrados por Fiqueroa Pedraza, Queiroz e Menezes²⁶ que ressaltam a importância de programas de transferência de renda, como o PBF, para a segurança alimentar e familiar, já que nos resultados encontrados em seu estudo, verificaram que a condição socioeconômica é determinante da insegurança alimentar.

No entanto, há necessidade de um trabalho em promoção de saúde específico para isso, com estratégias que integrem as "ações de saúde e do entendimento da necessidade em se adotar uma perspectiva de cuidado mais ampliada com respeito ao contexto sociopolítico em que se inserem, bem como das peculiaridades culturais locais" (p. 53)²⁷. Jaime et al.⁸ concordam com essa afirmação e destacam que a própria política governamental endossa essa ideia e possui legislação para um trabalho com alimentação saudável e nutrição.

No âmbito da alimentação saudável, o PNAN propõe a utilização de guias alimentares que focam as diferentes faixas etárias da população, além de cursos de formação de profissionais de saúde da Atenção Básica, considerando a importância desse trabalho nos anos iniciais, já que os hábitos alimentares adquiridos na infância repercutem em outras fases da vida do indivíduo⁸.

Trevisani, Burlandy e Jaime⁵ destacam, ao analisar as condicionalidades associadas ao PBF, a forte presença da área da nutrição. No entanto, ressaltam

embora as condicionalidades englobem ações básicas de saúde, os documentos técnicos do Governo Federal não aprofundam a discussão sobre como os serviços de saúde podem reorganizar seus processos de trabalho de modo a garantir uma atenção integral para essas famílias e assim contribuir para a sua efetiva inclusão no SUS (p.469).

Teixeira et al.²⁷ identificam que 80% das equipes das regiões analisadas (norte, nordeste, centro este, sul e sudeste) realizam "ações educativas relacionadas à alimentação e nutrição, favorecendo escolhas mais saudáveis por parte dos indivíduos e coletividades" (p. 64). Porém, os autores ainda destacam um grave problema no desenvolvimento das políticas de transferência de renda - carência de informações sobre a efetividade dessas intervenções.

A falta de avaliação das medidas tomadas junto ao PBF atrapalham no entendimento da efetividade das ações e na reorganização das mesmas, ou seja, os problemas existem, como evidenciam os resultados citados neste estudo, mas onde ocorrem, em que fase do processo?

Jaime et al.⁸ analisam as dificuldades e os desafios que devem ser enfrentados para um trabalho eficiente nas ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, dentre eles a garantia de avaliação periódica da situação alimentar das populações.

Apesar de objetivar a melhora nas condições de vida o PBF depende da "eficácia das condicionalidades para romper a transmissão da pobreza entre gerações, ou seja, o efeito positivo de longo prazo do programa, dependerá da oferta de melhor qualidade dos serviços de educação e de saúde" (p. 289)². Jaime et al.⁸ relatam que a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, como nutricionistas nas equipes podem auxiliar nesse trabalho.

Por fim, o estudo de Martins et al.⁴ analisou sistematicamente trabalhos produzidos com o intuito de avaliar o impacto dos programas de transferência de renda na alimentação e nutrição dos beneficiários. Encontrou estudos que indicam associação positiva entre receber os benefícios e a melhoria da alimentação das famílias. No entanto, destaca que tais programas foram implantados antes de ser planejada a etapa de avaliação, encontrando-se estudos que "utilizam indicadores de impacto, mas não de processo (oferta, utilização e cobertura)" (p. 1169), podendo tais estudos apresentarem problemas nas avaliações. Segundo os autores, olhar o processo pode auxiliar na identificação de falhas nos programas, indicando possíveis necessidades de alteração em sua condução.

Vários desses autores citados reforçam a importância do PBF para a distribuição de renda e minimização das consequências das desigualdades geradas por ela. Porém, ressaltam a importância da qualidade desses serviços^{2,4,5,8,26}.

CONCLUSÃO

Na amostra estudada, observou-se que as crianças apresentaram déficit nos indicadores peso/idade e estatura/idade, concomitante com o excesso de peso. Este quadro aponta para a necessidade da manutenção do sistema de vigilância nutricional capaz de detectar os grupos de risco e auxiliar na formulação de medidas eficientes para prevenção e correção dos problemas nutricionais.

Assim, ressalta-se que o acompanhamento realizado pelos profissionais dos da Atenção Básica aos beneficiários do Programa Bolsa Família, representa um grande incentivo para a erradicação da situação de debilidade e pobreza, inclusive com ações educacionais e formativas às crianças e seus familiares, visando à prevenção e correção dos problemas nutricionais.

Tais intervenções devem promover a comunicação em saúde, possibilitando aos profissionais que entendam as variáveis sociais e culturais da população atendida de modo que as ações propostas possam apresentar efetividade. Há necessidade de superar o modelo de atendimento em saúde que preocupa-se apenas com o risco biológico e propor estratégias de ação comunitária que unam as esferas da saúde à social e educacional.

Somente dessa forma, será possível melhorar a qualidade de vida dos beneficiários, não só aumentando a renda ou a quantidade de alimentos que podem comprar, mas tornando-os conhecedores, conscientes e responsáveis por ações que potencializem uma vida saudável.

REFERÊNCIAS

1. Wolf MR, Barros Filho AA. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(5):1331-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.05052013>
2. Cacciamali MC, Tatei F, Batista NF. Impactos do programa bolsa família sobre o trabalho infantil e a frequência escolar. *RevEcon Contemp*. 2010; 14(2): 269-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-98482010000200003>
3. Oliveira AS, Crispim AB, Liberalino LCP. Desmistificando o programa bolsa família: impactos na vida e no estado nutricional dos beneficiários. *Rev Científica Escola Saúde*. 2014; 4(1): 17-31.
4. Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Monteiro CA. Transferência de renda no Brasil e desfechos nutricionais: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6): 1159-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004557>
5. Trevisani JJD, Burlandy L, Jaime PC. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. *Saúde Soc*. 2012; 21(2): 492-509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200021>
6. Oliveira SM, Santos GR, Rosa TRS, Oliveira CL. Condicionalidades e proteção social no programa bolsa família. *Rev Desenvolvimento Social*. 2013; 1(9): 15-23.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
8. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição básica: a experiência de organização no governo Brasileiro. *Rev Nutr*. 2011; 24(6): 809-24.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas, projeções e populações de 2010. [cited 2011 Feb 05] Available from: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rj>
10. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee. Geneva: The Organization; 1995.
11. World Health Organization (WHO). Child growth standards. Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
12. Zar JH. *Biostatistical Analysis*. 5th. ed. New Jersey: Prentice-Hall. 2010.
13. Brasil. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
14. Santos ALB, Leão LSCS. Perfil antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(3): 218-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822008000300004>
15. Tuma RCFB, Costa THM, Schmtz BAS. Avaliação antropométrica e dietética de pré-escola-

- res em três creches de Brasília, Distrito Federal. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005; 5(4): 419-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000400005>.
16. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. Rev Nutr. 2010; 23(2): 221-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000200005>
 17. Silva MC, Capanema FD, Lamounier JA, Silva ACA, Oliveira BM, Rodrigues J. Perfil Nutricional de crianças pré-escolares em creches públicas de Belo Horizonte – Minas Gerais beneficiárias ou não do Programa Bolsa Família. Percurso Acadêmico. 2014; 4(7): 88-104.
 18. Oliveira MCF, Silva PL, Mesquita MA. Analisando o padrão alimentar e o estado nutricional de pré-escolares matriculados na creche do município de Descoberto, MG. Rev Nutr Brasil. 2006; 5(3): 150-9.
 19. Aguiar NA. Perfil do estado nutricional de crianças de zero a sete anos beneficiárias do programa bolsa família no período de 2008 e 2009 no município de Paulista-PE. Monografia - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife: 2010.
 20. Verly Junior E, Bronhara B, Fernandes MCS, Lima CAM. Diagnóstico nutricional de crianças de zero a cinco anos atendidas pela Rede Pública Municipal de Saúde de Ouro Preto-MG. NutrireRevSocBrasAliment Nutr. 2008; 33(3): 71-81.
 21. Silva DAS, Nunes HEG. Prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade em crianças pobres do Mato Grosso do Sul. Rev Bras Epidemiol. 2015; 18(2): 466-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500020014>
 22. Peres EC, Freitas CASL. Estado nutricional dos beneficiários do programa bolsa família no município de Sobral, Ceará, Brasil. Sanare: Rev Políticas Públicas. 2008; 7(1): 56-63.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação do Programa Bolsa-Alimentação: primeira fase. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 24. Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev Saúde Pública. 2009; 43(1): 35-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000100005>
 25. Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(suppl1): 1423-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700053>
 26. Pedraza DF, Queiroz D, Menezes TN. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. Rev Nutr. 2013; 26(5): 517-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732013000500003>
 27. Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação de práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde Debate; 2014; 38(spe) : 52-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S005>

Justification for publishing the article: *Nutritional condition of children who are benefited from the "bolsafamília" programme.* The article allows and enriches the discussion, which is still scarce in the country, on the interference of the "bolsafamília" programme in the eating habits and nutrition of children under the age of five. It contributes with data that allow the government to effectively create programmes aimed at improving the food intake patterns and the children's nutritional condition.

Abstract

Introduction: The direct income transfer programmes such as "*Bolsa Família*" have the important function of making it possible for aspects of life to receive the necessary care and importance in order to improve the quality of life. One of the aspects concerns food and healthy nutrition. **Objective:** The objective was to assess the nutritional condition of children under five years old whose families are benefited by the programme "*Bolsa Família*" in a city of northwestern São Paulo state, Brazil. **Methods:** A cross-sectional and retrospective study was carried out using the medical records of 284 children under the age of five, from which socio-demographic, weight and height data were collected. In order to diagnose children's nutritional condition, the indicators weight/age, height/age and weight/height were used, from the cutoff point z-score, recommended by the WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Descriptive statistics and the Chi-square test were used to analyse data, assessing the association of indicators, gender and age. **Results:** 8.8% of the children have deficits concerning height/age and 4.2% have deficits concerning weight/age; 8.1% and 7.4% are overweight concerning weight/age and weight/height; 4.6 % of the children under 2 years old have higher weight than the expected for their age and also for their height, and 7.8% of the children have low height for their age. The prevalence of weight deficit and excess in children observed in this study were similar to those found in other regions of Brazil. **Conclusion:** The maintenance of the nutritional surveillance system is extremely important in order to detect risk groups and help plan effective measures to prevent and correct nutritional problems.

Keywords: children's health, anthropometry, nutrition programmes and policies, nutritional assessment.