
SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:
O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REALIDADE DE UM MUNICÍPIO
DA ZONA DA MATA PERNAMBUCANA



FERNANDA CRISTINA DE LIMA PINTO

RECIFE
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL:
O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA REALIDADE DE UM MUNICÍPIO
DA ZONA DA MATA PERNAMBUCANA**

FERNANDA CRISTINA DE LIMA PINTO

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Nutrição, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.
Área de concentração:
Nutrição em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Doutor Pedro Israel Cabral de Lira.

CO-ORIENTADORA: Doutora Sônia Lúcia Lucena Sousa de Andrade.
Professores adjuntos do Departamento de Nutrição da UFPE.

RECIFE
2007

Pinto, Fernanda Cristina de Lima
Segurança Alimentar e Nutricional: o Programa
Bolsa Família na realidade de um município da zona
da mata pernambucana / Fernanda Cristina de Lima
Pinto. – Recife: O Autor, 2007.
189 folhas : il., tab., gráf.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal
de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2007.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Programa Bolsa Família – Município de
Gameleira. 2. Segurança Alimentar e Nutricional. I.
Título.

338.439.02
361.25

CDU (2.ed.)
CDD (20.ed.)

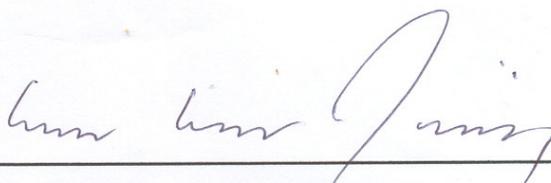
UFPE
CCS2007-76

**“SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: O PROGRAMA BOLSA
FAMÍLIA NA REALIDADE DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA
PERNAMBUCANA”.**

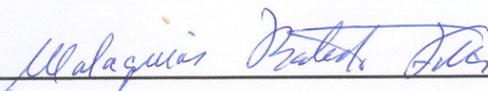
Fernanda Cristina de Lima Pinto

Dissertação aprovada em 16 de abril de 2007.

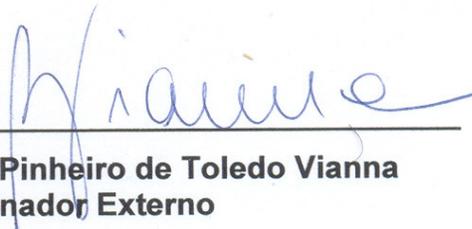
Banca Examinadora:



Prof. Drº. Alcides da Silva Diniz
Presidente



Prof. Drº. Malaquias Batista Filho
Examinador Interno



Prof. Drº. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Examinador Externo

A DESCOBERTA DA FOME

Prefácio ao livro Homens e Caranguejos (fragmentos)

“Não foi na Sorbonne, nem em qualquer outra universidade sábia que travei conhecimento com o fenômeno da fome. A fome se revelou espontaneamente aos meus olhos nos mangues do Capiberibe, nos bairros miseráveis do Recife - Afogados, Pina, Santo Amaro, Ilha do Leite. Esta foi a minha Sorbonne. A lama dos mangues de Recife, fervilhando de caranguejos e povoada de seres humanos feitos de carne de caranguejo, pensando e sentindo como caranguejo. Foi assim que senti formigar dentro de mim a terrível descoberta da fome. Pensei a princípio que era um triste privilégio desta área onde eu vivo - a área dos mangues. Depois verifiquei que, no cenário de fome do Nordeste, os mangues eram uma verdadeira terra da promessa, que atraía homens vindos de outras áreas de mais fome ainda - das áreas da seca e da monocultura da cana-de-açúcar, onde a indústria açucareira esmagava, com a mesma indiferença, a cana e o homem, reduzindo tudo a bagaço. E quando cresci e saí pelo mundo afora, vendo outras paisagens, me apercebi com nova surpresa que o que eu pensava ser um fenômeno local, era um drama universal. Que a paisagem humana dos mangues se reproduzia no mundo inteiro. Que aquela lama humana do Recife, que eu conhecera na infância, continua sujando até hoje toda a paisagem de nosso planeta como negros borrões de miséria: as negras manchas demográficas da geografia da fome.”

Josué de Castro

Dedico este trabalho a todas às pessoas de Gameleira e de outras localidades que esperam um dia serem atendidas em seus direitos sociais básicos, a começar pelo Direito à Alimentação Adequada.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Deus que em todo momento cuida de mim com seu imensurável amor, força e poder, e que, ao nos conceder seu filho Jesus Cristo, coroou sua sublime mensagem com o maior exemplo de amor, humildade, compaixão e justiça social.

Ao meu orientador Pedro Israel que com segurança e de forma tranquilizadora guiou-me na elaboração deste trabalho, e, com seu exemplo de conduta e altruísmo singular, me ensinou além dos livros e das palavras.

A minha professora e orientadora Sônia Lucena que desde a graduação me inspira com sua luta por uma sociedade mais justa e capacidade de análise e exposição de idéias, e como docente vai além de suas obrigações, acolhendo-nos, preocupando-se e até brigando para que sejamos melhores pessoas e profissionais.

A Rui pelo caráter, amor, amizade, presença, incentivo, auxílio e por muitas vezes acreditar na minha capacidade de alcançar objetivos que pareciam tão distantes aos meus olhos.

Aos meus pais Edson e Edinalva por me prover de amor, carinho, apoio, condições e incentivo permanente à minha formação pessoal e profissional.

Aos meus irmãos Priscila e Fernando e, recentemente, Stephany, que desde cedo me ensinam na prática que a vida é feita de partilha, perdão e preocupação com o próximo, e em especial neste momento pelo apoio e abstenção de muitas coisas para que eu pudesse concluir este trabalho.

Aos professores Alcides Diniz, Malaquias Batista e Rodrigo Vianna por aceitarem participar da banca examinadora e disporem seus conhecimentos para análise e importante contribuição na correção e aperfeiçoamento deste trabalho.

A equipe de campo: Albanira, Aline, Conceição, Emília Chagas, Fabiana Pastich, Juci Lima, Juliana Souza (JúBaiana), Kalina Rimena, Lili, Madalena, Rosa, Rosete Bibiano, Sandra Maia, Sílvia Patrícia e Vanessa Leal, pelo esforço empreendido na coleta dos dados e por tornar o trabalho mais leve e alegre.

A Emília Chagas, Juliana Souza, Leopoldina Sequeira, Sandra Maia, Sílvia Patrícia e Vanessa Leal pela contribuição e auxílio na análise dos dados.

A Evandro Mesquita pela contribuição na tradução do resumo e a Márcio Miro na revisão bibliográfica e ortográfica.

A Neci pelo seu compromisso, orientação e ajuda na resolução dos trâmites burocráticos exigidos pela pós-graduação.

Aos gestores de Saúde, Educação e do Bolsa Família, e ao representante do Conselho de Assistência Social de Gameleira, por aceitarem participar das entrevistas, trazendo importante contribuição a este trabalho.

A todas as famílias de Gameleira e também de São João do Tigre que dispuseram do seu tempo e privacidade para que fosse possível a realização deste e de outros trabalhos, muitas vezes na esperança de que através dos dados coletados seja viabilizada a transformação da realidade observada.

Aos professores e técnicos do Laboratório de Saúde Pública Ana Cristina, Alcidez Diniz, Eliane Cunha, Emília Aureliano, Jailma Santos, Leopoldina, Mônica Osório e Poliana Cabral, pelos ensinamentos e convivência agradável.

A professora Marisilda Ribeiro pela atenção, cuidado e disponibilidade desde a graduação.

As minha amigas Emília Chagas, Kalina Rimena, Sílvia Patrícia e Vanessa Leal com as quais pude contar em todo esse período de mestrado e sei que posso contar sempre.

A Rísia Menezes pela amizade, conselhos e discussões enriquecedoras.

As minhas colegas e amigas Adriana César, Adrilene Coutinho, Alânia Damázio, Amanda Bezerra, Ana Luíza, Cláudia Porto, Cristiane Araújo, Ildilene Alves, Isa Galvão, Lygia Barros e Rose Lins pelo apoio, incentivo e suporte especial neste momento final de mestrado.

As minhas companheiras de mestrado Fabiana Santos, Cristiane Moura, Vanessa Leal e Wanessa Albuquerque pela convivência e angústias comuns nestes dois últimos anos.

A Sônia Marinho (Soninha), Willa Tatiana, Kátia Rau, professor Raul Manhães, Raquel Aragão, Matilde Cesiana, Luciene Oliveira, Fernanda Almeida e Lúcia Pires, que tiveram participação importante e ativa para os meus primeiros passos na área de pesquisa.

A minha grande amiga Rosali que desde a época do colégio tem participado de todos os momentos da minha vida, com importante contribuição na finalização deste trabalho.

Aos meus irmãos e amigos da Primeira Igreja Batista do Engenho do Meio, em especial a Khadija, Lene, Nilcema, Mariana, Neto, Paulo Patriota, André (Bob), Pr. Aizamarch, Elon e Luiz Mesquita, pela amizade e apoio.

Aos meus sogros, Irene e Rui, e meus cunhados, Amanda, Izaías e Isabelle, pela família que são.

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Caracterização do Programa Bolsa Família na amostra, segundo a situação geográfica do domicílio. Gameleira - PE, 2005.....	106
Tabela 2 – Valor do benefício, utilização e opinião dos beneficiários do Programa Bolsa Família, segundo a situação geográfica do domicílio. Gameleira - PE, 2005.....	108
Tabela 3 – Características demográficas e econômicas das famílias, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	109
Tabela 4 – Características sociais e de nutrição do chefe da família, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	111
Tabela 5 – Condições das habitações segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	113
Tabela 6 – Posse de bens de consumo segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	114
Tabela 7 – Assistência ao pré-natal e parto às mães de crianças menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	116
Tabela 8 – Aleitamento materno e monitorização do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	118
Tabela 9 – Manejo da diarreia, hospitalização e consultas realizadas nos menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	120
Tabela 10 – Carências nutricionais em menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	121
Tabela 11 – História reprodutiva das mulheres de 10 a 49 anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	123
Tabela 12 – Condições de saúde e nutrição das mulheres, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	124

LISTA DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1 –	Presença de crianças entre 7 e 14 anos no domicílio, segundo inscrição no Programa Bolsa Família e situação de domicílio. Gameleira - PE, 2005.....	125
Gráfico 2 –	Alimentos mais consumidos na zona urbana, segundo a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	126
Gráfico 3 –	Alimentos mais consumidos na zona rural, segundo a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	127
Gráfico 4 –	Consumo de Grãos, Cereais, Raízes e Tubérculos na zona urbana, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.	128
Gráfico 5 –	Consumo de Grãos, Cereais, Raízes e Tubérculos na zona rural, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.	128
Gráfico 6 –	Consumo de verduras e frutas na zona urbana, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	129
Gráfico 7 –	Consumo de verduras e frutas na zona rural, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	130
Gráfico 8 –	Consumo de carnes, laticínios e ovos na zona urbana, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	131
Gráfico 9 –	Consumo de carnes, laticínios e ovos na zona rural, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	131
Gráfico 10 –	Consumo de gorduras, açúcares e bebidas na zona urbana, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	132
Gráfico 11 –	Consumo de gorduras, açúcares e bebidas na zona rural, segundo inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.....	133

RESUMO

A implementação de políticas públicas na área de alimentação e nutrição ganhou espaço importante na pauta federal a partir do governo Vargas, fomentado em especial pelas idéias e estudos de Josué de Castro. Atualmente, muitas de suas concepções fundamentam as propostas da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), temática chave que visa conduzir as políticas sociais do país, e que tem sido implementada através do Programa Fome Zero, lançado no início de 2003, no primeiro mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. No eixo de ação do programa que visa aumentar o acesso de famílias pobres aos alimentos foi criado o Programa Bolsa Família (PBF), originado da união de antigos programas de transferência de renda e propondo avanços no desenho operacional dos programas de renda mínima do país. O presente estudo tem por finalidade avaliar a implementação do PBF no município de Gameleira, localidade da Zona da Mata de Pernambuco, uma das regiões mais pobres e desassistidas do país. A pesquisa inclui um componente quantitativo, a partir de dados coletados de 502 famílias residentes em setores de maior vulnerabilidade social no município, e um componente qualitativo, obtido pela aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos gestores do PBF e das Secretarias de Saúde e Educação, e um representante do Conselho Municipal de Assistência Social, responsável pelo controle social do PBF no município. Os resultados foram obtidos a partir da comparação das famílias inscritas com as não inscritas no programa e mostram que, de forma geral, ambas se encontram em situação de baixas condições de vida, sendo que algumas evidências apontam maior vulnerabilidade social entre as inscritas no PBF. O programa foi considerado bom pela maioria dos beneficiários e mostrou um possível incremento na diversidade da dieta destes, embora esteja aquém do recomendado. A operacionalização do Cadastro Único mostrou desempenho satisfatório, entretanto, a oferta de serviços e o acompanhamento das condicionalidades, principalmente as de saúde, colocam-se como desafios importantes ao bom funcionamento do programa. Observou-se também a fragilidade do município quanto à proposta de gestão intersetorial do PBF, no seu controle social, e em relação à implementação de ações complementares ao programa e de SAN. A avaliação de programas como o PBF possibilita identificar suas potencialidades e entraves, permitindo fundamentar as necessárias ações para o aperfeiçoamento das políticas públicas.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, Programa Fome Zero, Segurança Alimentar e Nutricional, Avaliação de Políticas Públicas.

ABSTRACT

The implementation of public policies in the food and nutritional area has played very important role at federal concern since the government of Vargas, adopted especially by ideas and studies of Josué de Castro. Nowadays, many of his conceptions are used as basis to the Nutritional and Food Security (NFS), a key subject that aims to lead the social policies of the country, and that has been implemented through the Fome Zero Program, launched at the beginning of 2003, on the first mandate of President Luiz Inácio Lula da Silva. The program that aims to increase the access of the poor families to food, the Bolsa Família Program (BFP) has been created, from the union of old programs of income transference and proposing advances on the operational design of programs of minimum income in the country. The present study aims to evaluate the implementation of BFP in the town of Gameleira, located at the Forest Zone of Pernambuco, one of the poorest and unassisted regions of the country. The research includes a quantitative sample of 502 families who lives in areas of greater social vulnerability, and a qualitative component, obtained from semi-structured interviews to the managers of the BFP and Municipal Health and Education Secretaries, and a representative of the Municipal Council of Social Assistance, in charge of the social control of the BFP in the town. The results have been obtained from the comparison of the families who are registered or not in the program and show that, in general both are living in a critical life condition, and some evidence pointed to a greater social vulnerability among those registered at the BFP. The program was considered good by most of the beneficiaries and showed a possible increment on the diversity of diet of those ones, though it is still below what is recommended. The operacionalization of the Cadastro Único has shown a satisfactory accomplishment, however, the existent services and the tracking of conditionality, especially the health ones, are important challenges to a good accomplishment of the program. It has also been observed the fragility of the town as to the proposal of inter-sectors management of the BFP, in its social control, and in relation to the implementation of complementary actions to the program and the NFS. The evaluation of programs as the BFP makes it possible to identify their potentialities and difficulties, allowing managers to base the necessary actions to the enhancing of public policies.

Key-words: Bolsa Família Program, Fome Zero Program, Nutritional and Food Security, Evaluation of Public Policies.

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1. História das Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil.....	16
2.1.1. A Emergência das Políticas de Alimentação e Nutrição.....	19
2.1.2. A Questão Alimentar durante o Regime Militar.....	27
2.1.3. As Políticas de Alimentação e Nutrição na Nova República.....	36
2.2. Segurança Alimentar e Nutricional.....	66
2.2.1. Mensuração da Segurança Alimentar e Nutricional.....	72
2.3. Renda Mínima: o Programa Bolsa Família.....	78
3. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO.....	91
4. OBJETIVOS.....	94
4.1. Objetivo Geral.....	95
4.2. Objetivos Específicos.....	95
5. METODOLOGIA.....	96
5.1. Pesquisa de campo.....	97
5.1.1. Tamanho e procedimento amostral.....	97
5.1.2. Trabalho de campo.....	97
5.1.3. Variáveis estudadas.....	100
5.2. Pesquisa das condições administrativas do município.....	102
5.3. Processamento e Análise dos dados.....	102
5.4. Considerações éticas.....	103
6. RESULTADOS.....	104
6.1. Características do Programa Bolsa Família na amostra.....	105
6.2. Caracterização socioeconômica da amostra.....	109
6.3. Condições e assistência à saúde.....	115
6.4. Situação escolar das crianças entre 7 e 14 anos.....	125

6.5. Diversidade da dieta.....	126
6.6. Condições Administrativas do Município.....	134
6.6.1. Programas de Combate à fome e à pobreza.....	134
6.6.2. Gestão do Programa Bolsa Família em Gameleira.....	136
6.6.3. Oferta e Monitoramento das Condicionalidades.....	140
6.6.4. Programas Complementares.....	142
6.6.5. Descentralização e Intersetorialidade.....	143
6.6.6. Participação Social.....	145
7. DISCUSSÃO.....	147
7.1. Características Socioeconômicas.....	148
7.2. Condições dos Domicílios.....	153
7.3. Oferta e Utilização de Serviços.....	156
7.4. Acompanhamento das Condicionalidades.....	161
7.5. Avaliação Nutricional.....	163
7.6. Diversidade da Dieta.....	165
8. CONCLUSÃO.....	169
9. RECOMENDAÇÕES.....	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO B – Questionário das Condições Socioeconômicas, de Saúde, e Políticas Públicas

ANEXO C – Inquérito de Consumo Alimentar

ANEXO D – Modelo das Entrevistas Semi-Estruturadas

ANEXO E – Resultados segundo tempo de recebimento do benefício do Bolsa Família

1

INTRODUÇÃO

Apesar de ser um conceito originado no fim da I Guerra Mundial, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) só começou a ser discutida no Brasil em meados da década de 80, assumindo destaque na pauta federal em dois momentos: no governo do Presidente Itamar Franco, quando houve a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que foi extinto no governo de Fernando Henrique Cardoso; e desde 2003, no governo do Presidente Lula (MALUF E MENEZES, 2001; PELIANO, 2001; VASCONCELOS, 2005).

No primeiro mês de governo, Lula lançou o Programa Fome Zero (PFZ), com a proposta de implementar as bases da SAN no Brasil, e recriou o CONSEA, espaço para discussões, proposições, e avaliações das ações realizadas. Foram estabelecidos como eixos da estratégia do PFZ: a ampliação do acesso aos alimentos; o fortalecimento da agricultura familiar; promoção de geração de emprego e renda; e a articulação e mobilização das entidades governamentais e não governamentais (VASCONCELOS, 2005; FOME ZERO, 2007).

No eixo da ampliação do acesso aos alimentos instituiu-se o Programa Bolsa Família, programa federal de transferência de renda condicionada, destinado às famílias em situação de extrema pobreza (com renda *per capita* de até R\$ 120,00), promovendo a unificação e gestão integrada do conjunto de programas federais de transferência ou complementação de renda (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação, Auxílio Gás e, recentemente, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) (CONSEA, 2004a; MDS, 2005).

O Programa Bolsa Família pretende, através da transferência de renda e cumprimento das condições estabelecidas para manutenção da família no programa, promover a inclusão social numa perspectiva de emancipação das famílias atendidas, criando condições para que elas possam superar a situação de vulnerabilidade em que se encontram, e garantir direitos sociais básicos (saúde, educação, assistência social e a promoção da SAN), com o rompimento do círculo vicioso da miséria (CONSEA, 2004a).

Dentre as áreas em piores condições sociais no Brasil, a Zona da Mata nordestina se configura como um espaço prioritário para a realização das políticas sociais vigentes. Desde o século XVI, ocupada com a monocultura da cana-de-açúcar, sobrevive em condições difíceis. Suas cidades, que incham, são rodeadas de população miserável vivendo em condições sub-humanas, com muitos problemas de nutrição e elevada incidência de doenças. Uma crise que se prolonga há bastante tempo na região, envolvendo a atividade sucroalcooleira, sem que surja uma dinâmica econômica suficiente, em outros segmentos da economia, para contrabalançar os percalços da atividade tradicional. Observa-se que, na maior parte dos produtos alimentares cultivados em meio à cana, a área declinou ou manteve-se relativamente constante nas décadas recentes (Censos Agropecuários de 1975, 1980 e 1985) (IBGE, 2000).

A pobreza de sua população é extrema, em que 62,8% dos domicílios têm como responsáveis pessoas que não possuem rendimento ou recebem até um salário mínimo. Mensurado pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o bem-estar das populações da Zona da Mata pernambucana insere-se entre os mais baixos do Estado. A proporção de analfabetos entre a população de cinco anos e mais, em 2000, era da ordem de 36%, com maiores proporções encontradas entre a população rural (48%) (IBGE, 2000).

Dentro desse panorama está o município de Gameleira, localizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, que por estar dentro do perfil acima descrito, constitui interessante campo de investigação sobre as condições alimentares e nutricionais da população, como também de avaliação de políticas governamentais, incluindo o Programa Bolsa Família, podendo fornecer importantes contribuições para o seu aperfeiçoamento e o desenvolvimento de futuras intervenções.

O presente trabalho tem em sua organização uma revisão da literatura, a qual contempla um histórico das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, uma abordagem sobre a temática da Segurança Alimentar e Nutricional e sobre os programas de transferência de renda, com ênfase no Programa Bolsa Família. A esta, segue-se uma segunda parte, referente ao estudo derivado do trabalho de campo realizado no município de Gameleira.

2

REVISÃO DA
LITERATURA

2.1. História das Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil

Até o início do século XX, o estudo da nutrição era orientado para a determinação do valor calórico dos alimentos, a observação das inter-relações dos microelementos, e suas relações com determinadas doenças, predominando uma abordagem biologicista. Como exemplo desse período, há as descobertas do químico polonês Casimir Funk, em 1911 e 1912, que isolou no farelo de arroz uma substância capaz de reverter os sintomas polineuríticos do beribéri (MAGALHÃES, 1997).

Com o advento da Primeira Guerra Mundial, e conseqüente necessidade de garantir a provisão de gêneros alimentícios, intensificaram-se as investigações quanto ao valor nutritivo e aos métodos para preservação e distribuição dos alimentos. Esses avanços contribuíram não só para o desenvolvimento da dietética, como para a aplicação da questão alimentar na medicina social (MAGALHÃES, 1997).

Foi ao fim da Primeira Guerra, diante de um cenário no qual mais da metade da Europa estava devastada e sem condições de produzir seu próprio alimento, e da constatação de que um país poderia dominar o outro controlando seu fornecimento de alimentos, que se passou a utilizar o termo “Segurança Alimentar”, referindo-se a capacidade de auto-suficiência na produção de alimentos de um país (MALUF; MENEZES, 2001; BELIK, 2003).

Essa preocupação ganhou força na década de 30, com a Grande Depressão, na qual com o aumento brusco dos níveis de desemprego e conseqüente queda da demanda de consumo, houve a estagnação de excedentes agrícolas e uma ampla situação de miséria e fome. Como um efeito dominó, iniciou nos Estados Unidos e alcançou quase todo o mundo. Esta foi um freio na crescente liberalização da economia, com seus mercados sem regulamentação. Além disso, trouxe os primeiros estudos que vinculavam pobreza e nutrição, em especial na Grã-Bretanha. Nos Estados Unidos (EUA) a situação só foi controlada com a intervenção estatal, através da implantação do *New Deal*, que trouxe subsídios governamentais aos agricultores e a criação dos cupons alimentação para a população pobre (FRIEDMANN, 2000).

No Brasil, os problemas alimentares da população remontam ao período colonial, em decorrência de todo o processo histórico na formação da nossa sociedade, no qual priorizou-se o atendimento das demandas do mercado externo, caracterizadas pelos ciclos de monocultura de exportação que ocorreram no país. Isto impedia o desenvolvimento de culturas de subsistência para atender ao mercado interno, sendo estas cultivadas, basicamente, para prover as necessidades das propriedades rurais, o que promovia a necessidade da importação de insumos de primeira necessidade, principalmente nas áreas urbanas (VASCONCELOS, 2005; BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001). Todavia, os primeiros estudos brasileiros sistematizados sobre doenças carenciais relacionadas aos hábitos alimentares, a fome e o seu enfrentamento só surgiram a partir do século XIX, nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia (VASCONCELOS, 2005).

Durante a Primeira Guerra, a necessidade do mercado externo deixou de ser o café para ser dos alimentos básicos. Com isso, a produção agrícola brasileira, debilitada financeiramente pela baixa nos preços do café, investiu suas forças nessa nova necessidade. Em virtude disso, os alimentos necessários para atender à população urbana brasileira, já na casa dos milhões, foram desviados para o mercado externo, levando a uma maior escassez de alimentos e alta nos preços. Em 1917, a falta de alimentos foi o estopim para a deflagração de manifestações e da primeira greve geral operária do país, em São Paulo (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001). Neste contexto, em 1918, houve a primeira intervenção pública no setor de alimentação, o Comissariado de Alimentação Pública, com a finalidade de controlar os estoques e tabelar os preços dos alimentos (UCHIMURA; BOSI, 2003).

A partir dos anos 30, foram lançadas as bases para o desenvolvimento da Ciência da Nutrição no Brasil, com a criação dos primeiros núcleos especializados em Nutrologia. No Rio de Janeiro, em 1932, foi criada pelo Professor Annes Dias a primeira cátedra de Nutrição da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, da qual fazia parte Josué de Castro. Esta seguia o modelo do médico nutrólogo argentino Pedro Escudero, que tratava os problemas alimentares numa perspectiva social. Em São Paulo, também em 1932, o Professor Moura Campos inicia pesquisas do tipo experimental laboratorial na Faculdade de Medicina (atualmente incorporada à

Universidade de São Paulo), estas sob forte influência norte-americana. Desta forma se estabeleceram a vertente social e a vertente biológica ou técnica da Ciência da Nutrição no país. Também foi nesta época, em 1933, que o sociólogo Gilberto Freyre publicou o clássico *Casa Grande & Senzala*, o primeiro e mais completo ensaio sociológico sobre o padrão e hábitos alimentares da sociedade brasileira (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2002).

Dentre os nutrólogos do período, e até a atualidade, certamente o que mais se destacou foi Josué de Castro. Em 1932, ele foi responsável pela realização do inquérito “Condições de vida das classes operárias no Recife”, através do Departamento de Saúde Estadual (ARRUDA, 2005). Os resultados mostravam que a dieta habitual desta população estava abaixo de suas necessidades calóricas e nutricionais, e que a compra de alimentos comprometia cerca de 70% do seu salário. Com este e outros escritos, Josué de Castro aponta a fome como algo presente e crônico na sociedade, e como o principal determinante do subdesenvolvimento da nação. Suas denúncias contrariavam o pensamento dominante na época, no qual a raça é quem determinava a inferioridade brasileira e de outros povos, fundamentado nas idéias do arianismo de Gobineau e no darwinismo social (MAGALHÃES, 1997).

Josué de Castro apresentou a transformação do quadro de fome como condição *sine qua non* para o desenvolvimento e melhoria das condições de vida não só do indivíduo, mas da sociedade e da nação, sendo isto uma obrigação do Estado, enquanto promotor do desenvolvimento.

Em 1946, ele lançou a obra que lhe deu projeção internacional: *Geografia da Fome*. Nesta, ele utiliza a geografia como instrumental teórico-metodológico para estudar a fome em suas diversas variantes nas cinco grandes regiões brasileiras, e denuncia a fome “como um flagelo fabricado pelos homens, contra outros homens” (MAGALHÃES, 1997).

Em 1951 publica *Geopolítica da fome*, e dentre outras questões, apresenta sua crítica à tese neomalthusiana. Esta afirmava que a produção de alimentos não era suficiente para atender às necessidades do crescente contingente populacional, e colocava a necessidade do controle da natalidade e do aumento da produção de

alimentos como solução para a fome (MAGALHÃES, 1997). Posteriormente foi utilizada como um dos argumentos para legitimar a Revolução Verde.

Josué de Castro foi figura célebre entre as décadas de 30 e 70 (quando da sua morte), ocupando espaços de alta relevância e agitando o Brasil e o mundo com suas teses e militância intensiva no combate à fome. Suas idéias encontram respaldo e orientam as atuais discussões sobre a Segurança Alimentar e Nutricional. Ele já falava da necessidade de tratar a problemática alimentar de forma multi e interdisciplinar, da alimentação como um direito humano¹, da importância não só da disponibilidade dos alimentos como do acesso a estes, e das condições de saúde e educação da população para bem utilizá-los. Colocou a importância dos movimentos populares para a definição dos rumos do país, e a necessidade das reformas de base, a começar pela reforma agrária, com uma mudança do perfil de monocultura exportadora para policultura voltada primeiramente à subsistência, com incentivo aos produtores mediante crédito facilitado, assistência técnica e garantia de preços mínimos. Foi um severo crítico do argumento liberal de distribuição de riqueza². Em um dos seus últimos artigos apresentou uma análise das “conquistas” da ciência³, e defendeu a utilização desta de forma crítica, atendendo às necessidades da humanidade, e não de forma imparcial e “desinteressada”, como determina o positivismo dominante no meio (MAGALHÃES, 1997).

2.1.1. A Emergência das Políticas de Alimentação e Nutrição

A crise mundial dos anos 30, a militância dos nutrólogos e os anseios ditos populistas do Governo Vargas, tornaram seu primeiro período no poder (1937-1945)

¹ “A luta contra a fome se torna praticamente um problema ético; o homem não deve passar fome porque é humano e não apenas porque produz” (CASTRO, 1967, p.165).

² A ‘mão invisível’ nunca agiu no interesse da humanidade, e a mão invisível dos grupos dominantes e privilegiados sempre monopolizou os benefícios, deixando na miséria, desamparadas, as grandes massas marginalizadas (CASTRO, 2003, p.104).

³ O desenvolvimento tecnológico está cheio de contradições, pois, na verdade, a tecnologia não tem ética não é boa nem má, e pode portanto ser utilizada para o bem e para o mal – para fazer progredir ou para impedir o progresso. Até hoje a tecnologia trabalhou muito mais contra o desenvolvimento do Terceiro Mundo do que a seu favor (CASTRO, 2003, p.106-107).

propício ao surgimento dos primeiros instrumentos para uma política social de alimentação e nutrição no país. Na tentativa de segurar os efeitos da crise mundial foram instituídas várias autarquias (açúcar e álcool, mate, sal, café, trigo etc), visando estabelecer um equilíbrio entre os mercados interno e externo e dar garantia de preços aos produtores. Nesse período ocorria a desestruturação da agricultura cafeeira, o que contribuiu para o aumento da produção e oferta de alimentos de primeira necessidade, e manutenção de importante parcela da população no campo (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Os resultados do estudo de Josué de Castro em Recife, divulgados em 1935, incentivaram estudos similares em Pernambuco e outras regiões, notadamente Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1937/1938, o Departamento Nacional de Saúde Pública promoveu, no Rio de Janeiro, a pesquisa que deu base à legislação do salário-mínimo. Todos estes estudos, ao relacionarem alimentação e salário, intensificavam as reivindicações pelo salário mínimo, o qual aprovado pelo Decreto-Lei n° 399, de 30 de abril de 1938, e cujos valores foram fixados em 1 de março de 1940, pelo Decreto-Lei n° 2162. O salário mínimo foi apresentado com uma perspectiva de beneficiar 58% da população assalariada, e foi estabelecido com base em uma ração essencial mínima, a qual seria composta, em quantidade e qualidade, dos alimentos necessários ao atendimento das necessidades nutricionais de um trabalhador adulto. Desta forma se estabelece a contradição do salário-mínimo, no discurso apontado como a solução para dar condições dignas ao trabalhador, e na prática, que se estabelece até hoje, como a maneira de oficializar apenas uma rigorosa subsistência, mas incapaz de garantir todas as necessidades básicas do trabalhador e sua família (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997; ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005).

Em 1939 foi criada a Comissão de Abastecimento, com o Decreto-Lei n° 1.507 de 16 de setembro, a qual objetivava a regulação da produção e comércio de alimentos, drogas, material de construção e combustíveis, com intuito de impedir a alta dos preços. Esta Comissão se estabelecia como um esforço de guerra e funcionava como um ministério extraordinário com superpoderes, podendo comprar ou requisitar e vender esses produtos para a população. Entretanto, mesmo com o empenho da Comissão, os preços continuaram a subir durante a guerra e nos anos seguintes. Isto ocorria,

principalmente, devido à desvalorização da moeda nacional, que levava ao aumento do custo das importações e à escassez dos produtos nacionais. Em termos práticos, a Comissão foi importante na criação dos restaurantes populares e de alguns instrumentos de incentivo e apoio à produção agrícola (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Ainda em 1939, foi criado o Serviço Central de Alimentação, vinculado ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. No ano seguinte esta iniciativa foi ampliada com a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS), pelo Decreto-Lei n° 2478 de 5 de agosto de 1940, sendo este subordinado ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MAGALHÃES, 1997; ARRUDA, 2005). Este foi o primeiro órgão da política de alimentação instituído no Brasil, e perdurou por quase 30 anos, sendo extinto em 1967, no governo militar Costa e Silva, por um decreto que fechou vários restaurantes, sob alegação de que haviam se tornado espaços de alta mobilização social (SILVA, 2006).

O objetivo principal do SAPS era “assegurar condições favoráveis e higiênicas à alimentação dos segurados dos Institutos e Caixas de Aposentadorias e Pensões subordinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio”. Durante sua existência realizou diversas ações no campo da nutrição, como a criação dos restaurantes populares, dos postos de subsistência destinados à comercialização de gêneros alimentícios de primeira necessidade a preços de custo, ações de educação nutricional, a criação de cursos de treinamento e formação de recursos humanos, e a realização de pesquisas nesta área. Em 1943, formou-se a primeira turma do curso técnico de nutrição do SAPS, e nesse mesmo ano criaram-se os cursos técnicos e profissionais na área de Nutrição, pelo Decreto-Lei n° 5.443 de 30 de abril (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2002 E 2005).

Em 1943 o Brasil foi signatário na Conferência de Hot Springs (EUA), na qual foram estabelecidos compromissos internacionais sobre as questões de produção, consumo e distribuição dos alimentos, lançando as bases para a criação da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU). Esta foi criada em 1945, no fim da II Guerra Mundial, também com a participação do Brasil (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Outras instituições na área de alimentação foram criadas na década de 40 no Brasil: a Sociedade Brasileira de Alimentação (SBA), em 1940; o Serviço Técnico de Alimentação Nacional (STAN), em 1943; o Instituto Técnico de Alimentação (ITA), em 1944; a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), em 1945; e o Instituto Nacional de Nutrição (INN), em 1946, dentre outros (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997; ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005).

A SBA, o STAN e o INN tinham como propósito comum a promoção do crescimento científico da nutrição, a formação de recursos humanos, e o levantamento do estado nutricional da população, além de formular algumas propostas para uma política nacional de alimentação (MAGALHÃES, 1997).

A SBA tratava-se de uma entidade de caráter técnico-científico e cultural, que se estabeleceu como um espaço para os nutrólogos reunirem e desenvolverem conhecimentos relativos à alimentação e nutrição, e como meio de propagar estes conhecimentos à sociedade, com a intenção de defender suas idéias e realizarem uma verdadeira campanha educativa (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997; VASCONCELOS, 2002).

O STAN foi instituído pela Portaria n° 5-42 de 19 de outubro de 1942, como órgão da Coordenação da Mobilização Econômica, que foi criado como um “superministério” para enfrentar as contingências da Segunda Guerra, sendo extinto ao fim desta, em 1945. Foi através do STAN que Josué de Castro e um grupo de nutrólogos lançaram os Arquivos Brasileiros de Nutrição, o primeiro periódico sobre nutrição no país, e foi um importante espaço de fomento ao desenvolvimento da indústria de alimentos (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997).

Visando fortalecer as atividades industriais incentivadas pelo STAN foi criado o ITA. Foi uma iniciativa das indústrias do ramo, instituindo o incentivo à indústria alimentícia no país, no sentido de implementar novos métodos de conservação de alimentos. Este fornecia um laboratório completo ao STAN, com a finalidade de realizar estudos, trabalhos, pesquisas experimentais e assistência técnica na área da ciência dos alimentos, e representava o elo burocrático entre os nutrólogos e a indústria (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997).

Com a extinção do STAN, foi criada a CNA, pelo Decreto-Lei n° 7.328 de fevereiro de 1945, inicialmente vinculada ao Conselho Federal de Comércio Exterior, e transferida para o Ministério de Educação e Saúde com a extinção deste em 1949. Com seu funcionamento marcado por imposições políticas, começou a funcionar em setembro de 1945, um mês antes da queda de Vargas, e só foi regulamentada com a volta deste ao poder, em 1951. Com sua regulamentação foi transformada em Comitê Nacional da FAO, devendo seguir as recomendações desse organismo internacional (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005).

A CNA foi estabelecida como o órgão responsável por assistir ao governo na formulação da política nacional de alimentação. Dentre seus objetivos, destacaram-se: estudar e propor as normas da política nacional de alimentação; estudar os hábitos alimentares e o estado nutricional da população brasileira; acompanhar e incentivar as pesquisas relacionadas às questões e problemas alimentares; trabalhar pela correção e deficiências da dieta brasileira, estimulando e acompanhando campanhas educativas; e caminhar para o desenvolvimento da indústria de alimentos no Brasil. Em 1953, promulgou o Primeiro Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, que pode ser considerado o protótipo do planejamento nutricional brasileiro. O Plano era inovador no que tangia ser praticamente o primeiro com a intenção de ser desenvolvido em todo o país, além de colocar a desnutrição como o problema número um da Saúde Pública. Ao se enfatizar o combate à desnutrição como um problema de saúde, a preocupação concentra-se mais no efeito (desnutrição) do que na causa (fome). Com isso a necessidade de priorizar os grupos biologicamente mais vulneráveis, o materno-infantil, seguido dos escolares e trabalhadores (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005).

Apesar do significado e da amplitude de responsabilidades atribuídas à CNA e ao Plano Nacional de Alimentação e Nutrição desenvolvido por ela, pode-se dizer que na prática não lhe foi dada a devida importância. Com um escasso quadro de pessoal e de verbas, principalmente se comparado aos vultosos investimentos aplicados no SAPS, a maioria das propostas da CNA não saiu do papel. As principais ações efetivadas no cumprimento do Plano Nacional ocorreram com auxílio técnico e financeiro de organismos internacionais, como a FAO, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Este último participou

ativamente do único projeto realmente concretizado pela CNA: a Campanha Nacional de Merenda Escolar, de 1954, atual Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o qual, todavia, ao ser institucionalizado (em março de 1955) ficou sob a égide do Ministério de Educação e Cultura (L,'ABBATE, 1988).

Em 1951, no segundo governo Vargas, foi criada a Comissão Federal de Abastecimento e Preços (COFAP), sendo uma das primeiras medidas de intervenção direta no abastecimento em tempos de paz. Isto refletia a maior preocupação política com a área de abastecimento, época da modernização da agricultura e abertura de novas vias de acesso e áreas de produção.

As ações do Governo Vargas, apesar de inaugurarem a questão da alimentação e combate à fome na agenda do Estado, não alcançavam os grupamentos populacionais mais carentes, apresentando caráter excludente e focando suas ações principalmente no público assalariado, em especial o da indústria, concentrado no sul do país. Estas ações convergiam aos interesses dominantes à época, a transição da estrutura agrário-colonial para a construção de uma nação pautada no desenvolvimento industrial.

Durante o governo de Gaspar Dutra (1946-1950), os problemas relacionados à alimentação foram englobados no Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia). Os nutrólogos apoiaram esta iniciativa na expectativa de realizar um estudo global do problema alimentar no Brasil, e diante da possibilidade de uma maior integração dos órgãos responsáveis pela política de alimentação, reivindicação constante destes. Eles afirmavam a necessidade não só de cuidar da produção, mas de se melhorar a rede de transportes, dar assistência social e técnica ao trabalhador, especialmente o rural, com facilidades de crédito, políticas de preço, etc. A parte da Assistência Alimentar do Plano SALTE foi elaborada por Josué de Castro (L,'ABBATE, 1988).

Entretanto o Plano foi pouco efetivo, e como destaques do período pode-se mencionar a criação do Instituto Nacional de Nutrição (INN), em 1946, e a realização da II Conferência Latino-Americana da FAO, em 1950, no Rio de Janeiro.

Josué de Castro, como docente da Faculdade de Filosofia da Universidade do Brasil, abriu caminho para a fundação do INN. Esta se deu com a incorporação do ITA

pela Universidade do Brasil, formalizada com o Decreto-Lei n° 8.648 de 16 de janeiro de 1946. O novo instituto, incorporado a uma instituição da Sociedade Civil, estava menos vulnerável as imposições políticas dos órgãos de administração direta do Estado. Junto ao SAPS, o INN da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro, se estabeleceu como a grande escola da Nutrologia Brasileira (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005).

Apesar do menor espaço da alimentação na esfera pública, o governo apoiou e deu condições à realização da II Conferência Latino-Americana da FAO, sendo Dutra o patrono e Josué de Castro o presidente do evento. Foi a partir deste que Castro iniciou sua carreira na FAO, do qual foi eleito e reeleito diretor de 1952 a 1956 (L'ABBATE, 1988; MAGALHÃES, 1997).

Com o governo de Juscelino Kubitschek (1955-1960), o empenho no rápido desenvolvimento econômico, principalmente através da indústria, traduzido no Plano de Metas, restringiu mais ainda as ações no âmbito da alimentação e combate à fome. A euforia com as realizações econômicas levou a equivocada noção de que a pobreza seria eliminada como conseqüência do desenvolvimento econômico, e que as melhorias na alimentação se dariam pelo incremento da produção agropecuária (L'ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005).

O cenário internacional da década de 50 foi marcado pela forte polarização da Guerra Fria, entre os países capitalistas e socialistas. Os primeiros, com intuito de evitar a sedução dos subdesenvolvidos pelo discurso socialista, promoveram programas de ajuda a eles, através de organismos internacionais como a FAO, o UNICEF, o Programa de Alimentos para a Paz, da Agency for International Development (USAID) dos EUA, e o Programa Mundial de Alimentos (PMA). A partir do Governo Dutra, o Brasil assumiu apoio oficial ao Bloco capitalista, inclusive rompendo relações com a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), favorecendo a implementação dos programas de ajuda internacional. Estes programas estabeleciam ações de assistência técnica à agricultura, de ajuda alimentar e de desenvolvimento de comunidade. Os de ajuda alimentar, no qual se inclui a Campanha da Merenda Escolar, também serviam para o escoamento dos excedentes agrícolas dos EUA e Canadá, que haviam

alcançado altos níveis de produção com a instauração da “Revolução Verde”⁴ (L’ABBATE, 1988; VASCONCELOS, 2005).

No governo de Jânio Quadros (1961) foi revista a posição política do Brasil em relação ao Bloco Socialista, sendo adotada uma postura de neutralidade, o que desagradou aos setores mais conservadores da sociedade.

O governo de João Goulart (1961- março de 1964) se destacou pelas proposições das reformas de base, em especial a reforma agrária, que teria grande impacto na cadeia alimentar nacional, principalmente para a massa rural que a reivindicava através do movimento popular das Ligas Camponesas.

Na tentativa de recuperar o atraso das estruturas de produção e comercialização, e conter a especulação, foram criadas, através das leis delegadas, novas instituições de intervenção na área do abastecimento: a Superintendência Nacional do Abastecimento (SUNAB) para fiscalização, e sob sua jurisdição, a Comissão de Financiamento da Produção (CFP), para administração dos estoques reguladores, estando vinculadas ao Ministério da Fazenda. A Companhia Brasileira de Armazenamento (CIBRAZÉM) para o armazenamento, e a Companhia Brasileira de Alimentação (COBAL) para distribuição, vinculadas ao Ministério da Agricultura. Também foi criado neste período, o Entreposto Terminal de São Paulo, base da Companhia de Entrepostos e Armazéns Gerais de São Paulo (CEAGESP) e das outras Centrais de Abastecimento (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

A COBAL e o Entreposto Terminal de São Paulo marcam a entrada do poder público na gestão direta do sistema de abastecimento, a qual procurava garantir a distribuição e o acesso do consumidor aos alimentos necessários. Estas medidas não visavam diretamente o combate à fome, mas baixar o preço dos alimentos, o que era reivindicado pela população (BELIK; SILVA; TAKAGI; 2001).

⁴ A Revolução Verde se trata do fenômeno ocorrido na agricultura a partir dos anos 50, pelo qual houve a introdução da massiva participação dos “avanços tecnológicos”, em especial os da indústria farmacêutica, no sistema agrícola. Esta prometia o substancial incremento na produção agrícola através da implantação de um “pacote tecnológico”, elaborado nos países desenvolvidos e difundido no mundo. Tal “pacote” constava do uso de sementes melhoradas, sistemas de irrigação e maquinários modernos, complementados pelo uso intensivo de fertilizantes químicos e agrotóxicos (CHAIM, 1999; PERES, 1999).

Os projetos de mudanças do governo Goulart e seus fundamentos políticos desagradavam os interesses dos setores tradicionais brasileiros e do capital estrangeiro. Somado a isso, a recessão econômica corrente desde 1962 fortalecia os grupos de oposição que, em 31 de março de 1964, estabeleceram o golpe de base militar que destituiu João Goulart do poder e instaurou a ditadura por cerca de 20 anos no país.

Durante o início da industrialização no Brasil, da década de 30 a meados da década de 60, o perfil epidemiológico nutricional da população se caracterizava pelo alto índice de doenças carenciais (tais como desnutrição energético-protéica, anemia, bócio, hipovitaminose A), às quais estão fortemente relacionadas a um baixo padrão socioeconômico, de fome, miséria e atraso econômico. Tais dados foram resultado do intenso trabalho realizado pelos nutrólogos brasileiros da época, com destaque para Josué de Castro e seu *Geografia da Fome* (VASCONCELOS, 2005).

2.1.2. A Questão Alimentar durante o Regime Militar

No período inicial da ditadura, em 1967, a recessão econômica foi controlada, e no período seguinte, de 1968 a 1974, houve o retorno da expansão da economia, caracterizada por altas taxas de crescimento, superiores aos 10% ao ano, determinando o conhecido “milagre brasileiro”, o qual dava legitimidade ao governo militar perante a sociedade (VASCONCELOS, 2005).

Na agricultura, com os esforços de modernização, iniciados na década de 60, e principalmente com o estímulo da política de crédito subsidiado, pautados nas propostas da Revolução Verde, a produção agrícola passou a crescer em ritmo acelerado, superior ao crescimento populacional⁵. Desta forma, no período entre 1967

⁵ Essa modernização foi caracterizada pela exploração em larga escala da monocultura, pautada no pacote tecnológico da Revolução Verde, e integrada aos Complexos Agroindustriais. No contexto agropecuário havia a produção da matéria-prima, a fabricação de insumos químicos e equipamentos agrícolas, somados a proximidade de uma indústria de processamento da matéria-prima, a semelhança de uma linha de montagem fabril. Este modo de operar foi denominado “modelo fordista de produção agropecuária” (FRIEDMANN, 2000).

Para aumentar a produção e produtividade agropecuária, foi criado o sistema oficial de assistência técnica e extensão rural, constituído pela EMBRATER (Empresa Brasileira de Assistência Técnica e Extensão Rural) e EMATERes (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural), nas unidades federativas. Este sistema reproduzia o modelo norte americano de apoio e fomento a este setor. Atuava

e 1977, a agricultura e a pecuária atingem seus maiores níveis de crescimento. A disponibilidade de alimentos não era um problema para o Brasil, mesmo contemplando as crescentes exportações (CARVALHO FILHO, 1995; FIER, 1999; BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Nesta época, surgiram e se fortaleceram cadeias de supermercados que abasteciam a preços mais reduzidos exatamente os grupamentos de maior poder aquisitivo, estabelecendo um novo contexto de organização do sistema de abastecimento em que a população mais pobre chegava a pagar de 10 a 30% a mais pelos alimentos adquiridos na estrutura de varejo tradicional das periferias urbanas (PELIANO, 2001).

A partir de proposta da COBAL e do Grupo Executivo de Modernização do Abastecimento (GEMAB), criado em 1969, instituiu-se extensa rede de centrais de abastecimento (47 entrepostos) e mais de uma centena de instalações varejistas (Rede Somar). A estes, somam-se outras centenas de varejões e sacolões administrados pelos estados e municípios, que surgiram durante os anos 70 e 80. O Estado pretendia assim promover o associativismo dos pequenos estabelecimentos, com propósito de investir na modernização destes, dando-lhes condições de operar em maior escala e competir com as grandes cadeias de supermercados. Além disso, acreditando que ao reunir em um só local oferta e demanda, poderia administrar, direcionar e punir os varejistas, possibilitando nivelar preços, comparar padrões e reduzir margens dos produtos agrícolas (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; PELIANO, 2001).

Apesar da expansão econômica e de uma produção agrícola suficiente para atender as necessidades nutricionais da população, com importante parcela da distribuição sob controle do poder público, os alimentos não chegavam à mesa de grande parte da população. Os preços dos alimentos continuavam altos, a questão da fome se tornava notória, devido à incapacidade de aquisição dos alimentos, gerada pelos altos preços e pela crescente inflação. A menor demanda pelos alimentos da agricultura de mercado interno levou a retração no cultivo destes, e conseqüente

aumento do cultivo dos produtos exportáveis e das matérias-primas para a agroindústria (CARVALHO; SILVA; NEGRI NETO, 2004).

Ao fim de 1974, indicadores econômicos, tais como o Produto Interno Bruto (PIB), refletiam o fim do milagre econômico. Outros dados demonstravam que apesar do significativo crescimento econômico, a distribuição de renda ficou ainda mais concentrada, expandindo o fosso social entre os estratos extremos da população (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; VASCONCELOS, 2005).

A controvérsia nacional tinha respaldo no contexto internacional, quando na década de 70 ocorria uma crise mundial de alimentos. A fome retomava a pauta internacional, num ambiente de colapso do capitalismo. A OMS, a FAO, o UNICEF e outros organismos internacionais defendiam a adoção do planejamento nutricional ao planejamento econômico nos países de terceiro mundo (CARVALHO; SILVA; NEGRI NETO, 2004; VASCONCELOS, 2005).

Neste período, realizou-se a Conferência Mundial de Alimentação, em Roma, em 1974, a qual foi um marco na disseminação do termo Segurança Alimentar, sendo definida como “a garantia de adequado suprimento alimentar mundial para sustentar a expansão do consumo e compensar eventuais flutuações na produção e nos preços”. Data deste evento o primeiro registro oficial do conceito de Vigilância Nutricional, com a recomendação da criação de Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional nacionais para dar suporte a um programa global de Segurança Alimentar (PEREIRA E CASTRO, 1993; COMCIÊNCIA, 2005; ARRUDA, 2006).

Desta forma, são então adotados no Brasil os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND), englobando no planejamento econômico mecanismos de políticas sociais. Durante a vigência do I PND (1972-1974) foi criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), através da Lei n° 5.829 de 30 de novembro de 1972, sendo uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, e que substituiu a CNA, a qual foi extinta, na formulação da política nacional de alimentação e nutrição (L'ABBATE, 1989; VASCONCELOS, 2005).

Neste contexto, as políticas, incluindo as de alimentação e nutrição, são apresentadas como a aplicação do saber técnico em prol do desenvolvimento e alcance da justiça social. Ou seja, as ações a serem desenvolvidas deveriam estar pautadas em

minuciosos planejamentos estabelecidos por técnicos especialistas, locados em órgãos específicos para auxílio direto do executivo. Assim, as políticas eram formuladas de forma centralizada, a partir do entendimento exclusivo de especialistas, caracterizando a chamada tecnoburocracia. Esta forma de atuação concordava com a “ordem social” promovida pelo regime militar (L'ABBATE, 1989).

Os especialistas da nutrição voltaram a destacar-se no cenário da política nacional, entretanto de forma diferente aos do grupo da década de 40. Os primeiros deveriam estar a serviço do Estado, fornecendo seus conhecimentos aos propósitos deste, seguindo um paradigma técnico. Isto se contrapunha ao modelo social seguido pelo grupo de Josué de Castro, que apesar terem inserção no Estado possuíam maior autonomia para suas ações e expressões de idéias, muitas vezes em tom crítico à realidade social (L'ABBATE, 1989; VASCONCELOS, 2002).

O I PND, apesar de ser lançado com grande publicidade, não apresentou uma política social que efetivasse importantes mudanças, mas se apresentava apenas como meio de estabelecer as condições necessárias para destravar o crescimento econômico (L'ABBATE, 1989).

O INAN estabeleceu, em março de 1973, o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), com suas diretrizes pautadas no I PND. Nesse período, foi realizado o Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF, 1974-1975), possivelmente o estudo mais completo e detalhado da história da nutrição no Brasil. Este foi divulgado no período em que começava a ser notório o esgotamento do “milagre econômico”, e foi um demonstrativo dos danos da política econômica sobre as condições de vida da população. Os resultados mostravam que 67% da população apresentava um consumo energético abaixo das necessidades mínimas preconizadas pela OMS, sendo que 46,1% dos menores de cinco anos⁶, 24,3% dos homens e 26,4% das mulheres⁷ no país apresentavam desnutrição energético-protéica (L'ABBATE, 1989; VASCONCELOS, 2005).

⁶ Segundo o índice peso/idade e Classificação de Gómez, considerando o ponto de corte de -2 desvios-padrão da mediana da população de referência do National Center of Health Statistics (NCHS) (MINAYO, 1999; MS, 2007).

⁷ Segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado pela relação peso (Kg)/ altura² (m), considerando como baixo peso os indivíduos com o IMC inferior a 20 (MINAYO, 1999).

Diante deste quadro, temendo a reação das classes mais prejudicadas, e sem perspectivas de alteração do predomínio da classe vinculada ao capital monopolista sobre a economia, prepara-se o II PND (1975-1979), de forma a fortalecer a estratégia de desenvolvimento social. Sobre esta base é lançado o II PRONAN, propondo-se a atuar de forma mais eficiente nos quesitos referentes à alimentação e nutrição (L'ABBATE, 1989).

Com o II PND há um importante incremento nos recursos destinados à política social, e é criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), constituído pelos ministros da área social (Saúde, Educação, Trabalho, Previdência Social e Ministério do Interior), chefiados pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, visando estabelecer planos e ações articuladas (L'ABBATE, 1989).

O discurso apresentado de combate à pobreza e concentração de renda é ofuscado pela ânsia de firmar o país como um modelo de capitalismo industrial, submetendo o desenvolvimento social à modernização e aumento de produtividade da força de trabalho, e negando a oportunidade de organização e participação ativa da sociedade nos rumos da política (L'ABBATE, 1989).

Através do II PRONAN, o INAN tem a responsabilidade de planejar, propor e executar as ações de alimentação e nutrição pautado pelos marcos estratégicos do II PND. O Programa apresentado ao então Presidente Ernesto Geisel é aprovado e assinado pelos ministros do CDS e ministro da Agricultura, sendo instituído pelo Decreto n° 77.116 de 6 de fevereiro de 1976 (L'ABBATE, 1989; SILVA, 2006).

O II PRONAN deveria ter duração concomitante ao II PND, entretanto, devido a não aprovação do III PRONAN prolongou-se até 1985. Sua atuação foi orientada junto à oferta e demanda de alimentos, concentrando suas ações em três frentes: suplementação alimentar, racionalização dos sistemas de produção e comercialização dos alimentos, e atividades de complementação e apoio (UCHIMURA; BOSI, 2003; VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

As ações de *suplementação alimentar* ocorreram através dos seguintes programas:

1. Programa de Nutrição em Saúde (PNS), do Ministério da Saúde via Secretarias Estaduais de Saúde. Este objetivava a distribuição de alimentos *in natura*

através da rede institucional de saúde, concomitante a realização de atividades nutricionais (avaliação nutricional, educação alimentar), atendendo à gestantes, nutrizes e crianças menores de 7 anos, pertencentes à famílias com renda mensal de até 2 salários mínimos. Devido à limitação do quantitativo de beneficiários, a demanda atendida era a que já constituía clientela da prestadora de serviço, e as que apresentavam maior vulnerabilidade biológica, sendo utilizado como critério de exclusão a melhoria ou saída da situação de vulnerabilidade. Desta forma, priorizava-se o aspecto biológico, grupos que demandavam maiores necessidades alimentares, e em condições de carências nutricionais, relegando o contexto socioeconômico do qual provinham os indivíduos destes grupos, ou seja, tratava-se o efeito, esquecendo-se da causa.

2. Programa de Complementação Alimentar (PCA), do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Legião Brasileira de Assistência (LBA), que objetivava a distribuição de alimentos associada às ações de saúde à gestantes, nutrizes e crianças de 6 a 36 meses pertencentes à famílias com renda mensal de até dois salários mínimos.

3. Campanha Nacional de Alimentação Escolar, desenvolvido pelo Ministério da Educação e Cultura, o qual atendia a escolares de 7 a 14 anos fornecendo refeições na escola.

4. Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), do Ministério do Trabalho via Departamento Nacional de Saúde e Segurança do Trabalho. O PAT, instituído em 1976 e operacionalizado a partir de 1977, visa “melhorar as condições de saúde do trabalhador, aumentar a produtividade no trabalho e reduzir os índices de absenteísmo e acidentes de trabalho”, através de refeições subsidiadas pelo Governo e Empresas, as quais aderem voluntariamente ao programa, sendo beneficiadas através de incentivos fiscais.

O PAT foi implementado em um momento de defazagem salarial e restrição à organização dos trabalhadores, servindo a duplo propósito: proteger e valorizar a força de trabalho, sem alteração dos lucros das empresas e, sob um discurso humanitário e de justiça social, garantir a submissão do trabalhador às condições impostas pelo capital. O programa continua até o presente momento, entretanto, desde o seu início

apresenta dificuldades (L'ABBATE, 1989). Apesar de focar os trabalhadores de baixa renda (até 5 salários-mínimos), está concentrado na Região Sudeste, região com maior desenvolvimento e pólo industrial, que é o setor da economia com maior proporção de beneficiados, não alcançando os trabalhadores do setor informal, que são os de mais baixa renda (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Uma das principais polêmicas do II PRONAN era o embate entre alimentos *in natura* e os alimentos industrializados. Apesar de o INAN orientar o uso de alimentos *in natura* nos programas de suplementação, considerando o respeito aos hábitos alimentares e o apoio aos pequenos produtores, apenas o PNS, do Ministério da Saúde, assim como o próprio INAN privilegiava o uso de tais alimentos. O PCA e o PNAE constituíam um importante meio de escoamento dos produtos industrializados que não eram aproveitados no mercado geral, apresentando custos mais elevados e menor aceitação (L'ABBATE, 1989; COSTA, 1992; SILVA, 2006). Este é um dos fatores que leva Burlandy (2003) a conclusão de que o INAN não conseguiu a articulação intersetorial necessária.

Dentre as propostas para *racionalização do sistema de produção e comercialização de alimentos, com ênfase no estímulo ao pequeno produtor* destacaram-se 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), focalizados na zona rural e periferias nordestinas, respectivamente. Eram coordenados pelo INAN e executados pela COBAL e Secretarias Estaduais de Saúde e Agricultura.

Reconhecendo que a política agrícola nacional priorizava o incremento crescente na produção destinada à exportação e aos grandes centros urbanos, e a partir da constatação de que pequenos e médios produtores⁸ eram responsáveis por mais de 60% da produção dos alimentos básicos, o PROCAB foi elaborado com a intenção de dar destino aos alimentos cultivados pelos pequenos produtores, garantindo-lhes uma assistência até então exclusiva dos grandes produtores (L'ABBATE, 1989; VASCONCELOS, 2005).

⁸ Consideraram-se como pequenos e médios produtores àqueles proprietários de áreas com menos de 50 hectares (II PRONAN apud L'ABBATE, 1989).

Este se constituiu na principal estratégia do II PRONAN para redistribuição de renda. No entanto, na prática, atuou apenas como paliativo, pois para a “alteração em todo o sistema de produção e comercialização de alimentos”, teorizado pelo II PRONAN, era necessário a transformação em toda a estrutura agrária do país, junto a mudanças no sistema de financiamento e crédito, o que não correspondia aos propósitos da política econômica para a agricultura, cujo lema era “Exportar é o que importa”, mantendo o modelo vigente de privilégio aos grandes produtores. Como o programa atendia aos pequenos produtores nordestinos, onde a agricultura não estava plenamente organizada no modelo capitalista de monopólio e exportação, estando praticamente fora da esfera do mercado, não oferecia risco de concorrência aos grandes produtores e empresas rurais do centro-sul (L’ABBATE, 1989; COSTA, 1992).

O PROAB visava intervir no consumo de alimentos básicos da população das periferias nordestinas, a partir da constatação de que a mesma adquiria os alimentos necessários dos pequenos varejistas. Sendo assim, fornecia-lhes subsídios para a compra de doze produtos na COBAL (arroz, açúcar, charque, farinha de mandioca, feijão, fubá, leite em pó integral, macarrão, ovo, óleo vegetal, peixe seco salgado e frango), na intenção de diminuir os custos destes para a população (L’ABBATE, 1989; VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Mesmo representando grande relevância para o acesso da população aos alimentos básicos, o PROAB não conseguiu alcançar os resultados desejados. Os principais problemas detectados foram: a instabilidade financeira do projeto, devido a dependência de várias fontes de recursos, que não os proporcionavam com a regularidade necessária; o capital de giro disponível era insuficiente para formação, junto à COBAL, de estoques específicos para o PROAB; e os preços dos produtos não mantiveram sempre um diferencial significativo em relação aos do mercado habitual. Este último ponto pode ser explicado, além dos fatores supracitados, pela tendência dos grandes supermercados (que começavam a ser estender pelas periferias nordestinas) em reduzir seus preços diante da “concorrência” do PROAB (L’ABBATE, 1989).

As atividades de complementação e apoio compreendiam uma série de atividades coordenadas pelo INAN que incluíam: o Programa de Incentivo ao

Aleitamento Materno (PIAM); o Programa de Prevenção e Combate às Carências Nutricionais Específicas (anemia, hipovitaminose A, bócio e cárie dental), com o enriquecimento de alimentos de consumo habitual; o Programa Nacional de Controle das Doenças Diarréicas (PNCDD); o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em caráter experimental; o fomento a estudos e pesquisas, ampliado pelo Projeto de Nutrição Brasil/Bird (PNBB), com apoio do Banco Mundial; a capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos; e o desenvolvimento de infra-estrutura de distribuição de alimentos (PESSANHA, 2002; UCHIMURA; BOSI, 2003; ARRUDA, 2005).

Com a não aprovação do III PRONAN, o período de 1980 a 1984 caracterizou-se pela continuidade das ações já implementadas, sem modificações expressivas, no entanto com acentuado corte orçamentário até 1982, e perda de relevância na agenda pública (UCHIMURA; BOSI, 2003; ARRUDA, 2005).

Foi por meio do II PRONAN que a questão nutricional voltou a ter destaque na agenda pública, depois de um ostracismo de mais de vinte anos após a morte de Vargas. Foi um dos principais instrumentos de política social dos militares, e incluía componentes inovadores, comparados aos modelos de intervenção da época, indo ao encontro das recomendações da FAO/ OMS em conceber a política alimentar e nutricional numa perspectiva mais ampla, compreendendo também iniciativas na área de produção e consumo de alimentos, além da utilização biológica, constituída por ações de educação alimentar e suplementação dos grupos vulneráveis, comuns nos anos 50 (UCHIMURA; BOSI, 2003; VASCONCELOS, 2005).

No cenário mundial, ainda no fim da década de 70, com a recuperação da produção mundial de alimentos, verificou-se que a disponibilidade de alimentos isoladamente não era suficiente para resolver os problemas de fome, pobreza e má nutrição, sendo necessário considerar aspectos relativos a sua distribuição. Em 1983, a FAO colocou como ponto chave para alcançar a Segurança Alimentar não só a oferta adequada e a estabilidade dos mercados, como também a capacidade de acesso físico e econômico dos indivíduos à alimentação básica suficiente às suas necessidades (MALUF; MENEZES, 2001; PELIANO, 2001).

Foi neste momento que a concepção de Segurança Alimentar surgiu no Brasil, através de proposta do Ministério da Agricultura, estando centrada nos objetivos de atender às necessidades alimentares da população e atingir a auto-suficiência nacional na produção de alimentos (PELIANO, 2001).

2.1.3. As Políticas de Alimentação e Nutrição na Nova República

Em 15 de janeiro de 1985, Tancredo Neves foi eleito presidente pelo Colégio Eleitoral, marcando assim o fim da ditadura militar no país. Com a morte deste, inicia-se o governo de José Sarney (1985-1990). A intervenção estatal na área de alimentação e nutrição estabeleceu-se como uma das prioridades nos primeiros dois anos de governo, constituindo uma das principais ferramentas de legitimação da transição democrática (L'ABBATE, 1989; UCHIMURA; BOSI, 2003; VASCONCELOS, 2005).

Ainda em 1985, três instrumentos específicos de política social foram lançados: o Plano de Subsídios para Ação Imediata contra a Fome e o Desemprego, elaborado pela Comissão para o Plano do Governo (COPAG), as Prioridades Sociais para 1985 e as Prioridades Sociais para 1986. A análise dos seus discursos ideológicos mostra um novo sentido dado à questão social. No Plano de Subsídios para Ação Imediata contra a Fome e o Desemprego observa-se a utilização das palavras “fome” e o “desemprego”, as quais estiveram ausentes no período de planejamento autoritário. Nas Prioridades Sociais para 1985, a incorporação de novas categorias discursivas, tais como a “democratização substantiva da sociedade”, a “ampliação das bases de consenso social”, a “eliminação das desigualdades”, e a “extensão dos direitos sociais fundamentais”. E nas Prioridades Sociais para 1986, o aperfeiçoamento do discurso ideológico com as categorias “igualdade de direitos”, “universalização”, “cidadania”, “opção pelos mais pobres”, “erradicação da pobreza” e “prioridade do social sobre o econômico”, o qual foi consagrado na Assembléia Constituinte de 1988 (Vasconcelos, 2005). Entretanto, mesmo com uma nova visão da realidade social, houve poucas mudanças na estrutura das políticas de alimentação e nutrição, mantendo-se o padrão de intervenção estabelecido na década de 70 (L'ABBATE, 1989; UCHIMURA; BOSI, 2003; SILVA, 2006).

Nas prioridades sociais para 1985, em relação aos programas de alimentação e nutrição, continuaram o PROAB, o PAT, o PCA, o PNS, a Campanha Nacional da Merenda Escolar, e as atividades de complementação e apoio coordenadas pelo INAN. O PNS passou a ser chamado Programa de Suplementação Alimentar (PSA), e a Campanha Nacional de Alimentação Escolar, de Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Além destes, foi proposta a criação do Programa de Abastecimento Popular (PAP), o qual estava vinculado ao Ministério da Agricultura e à COBAL, apresentando objetivos e desenho semelhantes ao PROAB, com o diferencial de que atendia a população de baixa renda das capitais e regiões metropolitanas não nordestinas (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Em janeiro de 1986, foi promovido pela COBAL o Debate Nacional de Abastecimento Popular, o qual mobilizou cerca de 30 mil participantes vinculados a quase três mil organizações populares de periferias dos centros urbanos. Os participantes encaminharam uma pauta extensa de reivindicações, abrangendo da política econômica e questão salarial à política agrária e agrícola, dos programas de abastecimento à participação popular na formulação e fiscalização das políticas públicas para o setor. Tal pauta mostrou, nitidamente, a percepção das comunidades sobre a complexidade dos problemas alimentares (PELIANO, 2001).

Também neste ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo proposta a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição e de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, vinculados ao Ministério do Planejamento, e havendo a incorporação de questões nutricionais à temática da Segurança Alimentar. Em termos práticos, a questão da SAN ficou limitada à avaliação do estado nutricional de indivíduos, especificamente à desnutrição infantil, sob a égide da Vigilância Alimentar e Nutricional (ARRUDA, 2005).

Ainda em 1986, com o Decreto-lei nº 93.120, foi regulamentada a implantação do Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes (PNLCC), vinculado à Presidência da República, através da Secretaria Especial de Ação Comunitária. Este se constituía na distribuição de cupons, conhecidos como “tíquetes do Sarney” para aquisição diária de 1 litro de leite tipo C por famílias com renda mensal de até dois salários mínimos

com crianças menores de sete anos. O 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. Os cupons produzidos na Casa da Moeda eram distribuídos via correio aos municípios participantes e às famílias cadastradas, para aquisição do produto no comércio varejista. Os comerciantes utilizavam o cupom para pagamento dos produtores de leite, os quais recebiam seu valor em depósito em dinheiro no Banco do Brasil (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; PESSANHA, 2002; ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Avaliações dos novos programas mostraram que, o PAB tinha apoio de mais de 90% dos varejistas credenciados e proporcionou a redução de mais de 30% nos preços de alguns alimentos em relação aos praticados pelo mercado (IPEA/IBGE, 1986). Em relação ao PNLCC, observou-se aumento importante na produção de leite no país (20,4% entre 1986 e 1990), e elevou-se o consumo *per capita* de leite de 94 litros/ano para 104 litros/ano⁹ (Cerri; Santos, 2002; Pessanha, 2002). Silva e outros (2002) consideraram o PNLCC uma experiência bem sucedida de incremento da produção com base no incentivo ao consumo, através da criação de uma “moeda de curso forçado” para atender uma necessidade específica.

Nos três últimos anos do Governo Sarney (1987-1989), as políticas sociais foram preteridas com a aplicação de sucessivos planos priorizando a estabilização econômica, o Plano Cruzado (1986), o Plano Bresser (1987) e o Plano Verão (1989). (VASCONCELOS, 2005).

Mesmo com a contração técnica, financeira e política dos programas, ao final do governo continuavam em funcionamento o PNAE, o PSA, o PCA, o PNLCC, o PAT, e os programas de complementação e apoio de Prevenção e Combate às Carências

⁹ Segundo analistas, os programas de abastecimento mostram a importância de subsídios na mudança dos preços relativos, os quais tendem a estimular a aquisição de alimentos, sendo mais efetivos no incremento do consumo alimentar da família como um todo do que as doações de alimentos, com exceção do leite. Este tem seu consumo aumentado através de doações, que apresentaram como ponto positivo um maior nível de satisfação dos beneficiários por possibilitarem o aumento do consumo de gêneros não alimentícios, de acordo com as preferências e prioridades individuais. Essas diferenças não os tornam excludentes, mas complementares. A escolha por determinada modalidade depende dos objetivos almejados, dos grupos alvo, da viabilidade operacional e financeira dos órgãos coordenadores e executores, e da infra-estrutura disponível para sua execução (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; PELIANO, 2001; SILVA, 2006).

Nutricionais Específicas, de Incentivo ao Aleitamento Materno e o SISVAN. Foram extintos os programas na linha de abastecimento (PROAB e PAP) (PESSANHA, 2002; VASCONCELOS, 2005).

Apesar da incorporação de novos valores ao discurso oficial sobre a problemática alimentar no país, o padrão de intervenção colocado em prática pouco foi alterado em relação ao que se iniciou a partir da década de 70 (UCHIMURA E BOSI, 2003).

Análises das políticas implementadas de 1972 a 1990 observaram que, na prática, elas eram caracterizadas pela verticalidade e centralização no nível federal, multiplicidade e dispersão de ações, não alcançando a intersectorialidade necessária, havendo superposições de programas e clientela, e passando por disputas ideológicas, interesses de mercado, inadequação dos produtos formulados aos hábitos alimentares da população, evasão da clientela, baixa cobertura, e no caso dos programas de distribuição, expansão desta às custas da qualidade e quantidade dos alimentos, escassez de recursos e descontinuidade de ações (COHN, 1995; PELIANO, 2001; BURLANDY, 2003; SILVA, 2006).

A publicação dos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, mostra uma melhora no perfil nutricional da população em relação à pesquisa do ENDEF (1974), com redução da prevalência de desnutrição infantil de 19,8% para 7,6% (índice peso/idade) e em adultos de 8,6% para 4,2% (IMC), a manutenção da prevalência de obesidade entre as crianças (4,6%), e o aumento entre os adultos de 5,7% para 9,6% (Monteiro, 2000). Algumas hipóteses associam a melhora da situação nutricional a um aumento moderado da renda familiar junto à expansão da cobertura dos serviços e programas sociais, em especial os serviços de saúde e saneamento, e os programas de alimentação e nutrição (PELIANO, 1992; VASCONCELOS, 2005).

No entanto, análises dos dados dessa mesma pesquisa mostraram que, nos programas federais voltados para o controle da desnutrição infantil das décadas de 70 e 80, o número efetivo de beneficiários era inferior às metas governamentais; os programas de suplementação alimentar não atingiam os grupos mais pobres e biologicamente mais vulneráveis, nem estavam concentrados nas áreas geográficas mais pobres; a inscrição nos programas governamentais nem sempre era garantia de

recebimento do alimento; e a assistência alimentar nem sempre estava associada à prestação de ações básicas de saúde, como era previsto e necessário (PELIANO, 1992; VICTORA et al, 1998).

A partir do Governo Collor (1990-1992), inicia-se o processo de abertura econômica do país, com as primeiras tentativas de implantação das idéias neoliberais de reforma do Estado. Com isso, há um desmonte generalizado das políticas sociais até então instauradas, com acentuada redução de recursos financeiros, esvaziamento e/ou extinção de programas (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Quase todos os programas de alimentação e nutrição foram progressivamente extintos, com exceção do PNAE e do PAT. O PNAE foi limitado a um atendimento de cerca de 30 dias, quando a meta era de 180 dias/ ano. O PCA foi substituído pelo Programa de Apoio Nutricional (PAN) e pelos Centros de Atenção ao Desnutrido (CAD). E considerada como única novidade positiva da época, foi criado o Programa de Distribuição de Cestas Básicas (Minha Gente ou Gente da Terra), que distribuiu cestas básicas para a população vítima da seca no Nordeste, através da utilização de estoques públicos de alimentos, antiga reivindicação de técnicos para reduzir as perdas dos estoques (PELIANO, 2001; VALENTE, 2001; ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005).

Com o intuito de racionalizar a estrutura e gestão na área de abastecimento, através da fusão da COBAL, da CFP e da CIBRAZEM, foi criada por decreto presidencial, e aprovada pela Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, a Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB), empresa pública vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, a qual iniciou suas atividades em 1º de janeiro de 1991. A CONAB existe até os dias atuais, e como outras políticas neste contexto, passou por restrições orçamentárias e, conseqüentemente, grandes dificuldades de operacionalização. Seus programas foram gradativamente reduzidos, com a permanência apenas da Rede Somar, que terminou sendo oficialmente extinta em 1997 (PELIANO, 2001; SILVA, 2006).

O esvaziamento das despesas governamentais com a agricultura (crédito agrícola, preços mínimos e estoques reguladores), iniciado no período Collor e mantido no governo dos dois presidentes seguintes, não afetou significativamente o ramo

empresarial, especialmente aqueles voltados à exportação. Entretanto, parcela crescente de pequenos agricultores passou a viver com dívidas indissolúveis, acarretando no abandono da atividade agrícola (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001). A partir de dados do IBGE de 1996, Dias e outros (2000) estimam que aproximadamente 20,4% dos agricultores tinham rendas negativas e 59,5% abaixo da mediana, tratando-se de produtores eminentemente pobres.

Além disso, programas de alimentação se tornaram alvo de desvio de verbas públicas, licitações duvidosas e outros mecanismos de corrupção, os quais foram investigados na Comissão Parlamentar de Inquéritos (CPI da Fome) e auditorias do Tribunal de Contas da União (TCU) que evidenciaram irregularidades no PNAE, PSA, PCA, PNLCC e outros programas (VASCONCELOS, 2005).

Durante o ano de 1992, com o agravamento da crise ética na política nacional, entidades da sociedade civil constituíram o Movimento pela Ética na Política, o qual com a aprovação do *impeachment* do Presidente Fernando Collor, deu origem ao movimento social Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. Iniciada oficialmente em 8 de março de 1993, já no Governo Itamar Franco (1993-1994), foi liderada pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e tinha como objetivo “mobilizar e, acima de tudo, sensibilizar a sociedade para a necessidade de mudanças fundamentais e urgentes capazes de transformar a realidade econômica, política e social do país... que leva à exclusão, à fome e à miséria” (CONSEA, 1995 *apud* VASCONCELOS, 2004, p.261).

Para consecução do seu objetivo, a Ação da Cidadania, munida dos slogans “A fome tem pressa” e “Fome: não dá para esquecer”, iniciou o processo de formação dos chamados Comitês de Combate à Fome. Com abrangência local, municipal e/ou estadual, os comitês poderiam ser formados por amplos e diversificados setores da sociedade, denotando o caráter de pluralidade do movimento. Coordenados pela Secretaria Executiva Nacional da Ação da Cidadania, cada comitê tinha como função básica a articulação de ações emergenciais e ações de pressão de opinião pública. Desta forma, de acordo com dados oficiais, no decorrer de 1993 foram constituídos mais de cinco mil comitês (VASCONCELOS, 2004; 2005). Tal mobilização da

sociedade civil em ações voluntárias de auxílio aos mais carentes foi objeto de reconhecimento internacional (PELIANO, 2001).

A mobilização da sociedade fomentou a organização do Comitê de Entidades Públicas no Combate à Fome e pela Vida (COEP), formado pelas empresas públicas, com a participação ativa de seus funcionários. Segundo Betinho, era a primeira vez que os presidentes das estatais brasileiras se reuniam como cidadãos, independente de convocação ministerial ou presidencial. Estudos mostraram que a ação desses comitês teve potencial em recuperar o valor do vínculo na esfera da cidadania, não mais enquanto rede de apoio a próximos, mas uma solidariedade entre estranhos, e ao mesmo tempo, deslocar a questão da trilha da filantropia para o campo das políticas públicas (PELIANO, 2001; BURLANDY, 2003).

A Ação da Cidadania incorporou o enfoque da Segurança Alimentar, colocado na arena política nacional pela proposta da Política Nacional de Segurança Alimentar, produzida pelo Governo Paralelo do PT¹⁰ em 1991, a qual colocava a segurança alimentar como uma questão estratégica, preconizando a necessidade de obter uma disponibilidade nacional de alimentos que fosse simultaneamente suficiente, estável, autônoma, sustentável e equitativa, e que o combate à fome precisaria envolver obrigatoriamente medidas de caráter estrutural e emergencial, além de prever uma institucionalização de uma parceria entre governo e sociedade civil, por meio do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (GOVERNO PARALELO, 1991; SILVA, 2006).

Ainda em 1993, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, divulgou seu estudo do Mapa da Fome, o qual mostrou que no Brasil havia absurdos 32 milhões de pessoas vivendo em condições de indigência¹¹ (PELIANO, 1993).

¹⁰ O Governo Paralelo foi criado em 1990 como uma iniciativa do Partido dos Trabalhadores no intuito de gerar propostas alternativas de governo (GOVERNO PARALELO, 1991).

¹¹ Os estudos sobre pobreza se fundamentam nos conceitos de *pobreza absoluta* e *pobreza relativa*, podendo ser o primeiro avaliado como “a carência de um padrão mínimo de subsistência em relação a alguns bens considerados básicos”, e o segundo conseqüente da comparação da situação que o indivíduo ocupa em relação aos demais na sociedade. As estimativas do número de pobres e indigentes de uma localidade decorre de metodologias diversas, podendo utilizar parâmetros relativos à renda, necessidades básicas alimentares ou necessidades básicas não alimentares. Desta forma, derivam as linhas de pobreza, de indigência, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e outros (BURLANDY,

Na esteira do impacto da Ação da Cidadania e do Mapa da Fome, em 18 de março de 1993, o Presidente Itamar Franco assumiu o compromisso de implantar a Política de Segurança Alimentar, e em 18 de abril, junto a Ação da Cidadania, lançou o Plano de Combate à Fome e a Miséria, como uma nova proposta de combate à problemática social, seguindo os princípios da descentralização, solidariedade e parceria entre o Estado e a sociedade (BURLANDY, 2003; VASCONCELOS, 2005).

Diante deste contexto, O Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) foi instituído pelo decreto presidencial nº 807 de 29 de abril, constituído por nove Ministros de Estado e vinte e um representantes da sociedade civil, tendo como finalidade o assessoramento do governo na formulação de propostas e implantação de ações para o combate à fome e à miséria no país (VASCONCELOS, 2005).

O CONSEA inaugurou forma inédita de articular as políticas públicas, ampliando a participação social no controle das ações governamentais, e propondo-se a defender segmentos sociais não organizados, além de dirigir conflitos de competência internos, entre representantes da sociedade civil e do governo. Contribuiu na formulação das medidas do Plano de Combate à Fome e à Miséria, no qual nem todas as suas propostas foram implementadas, mas retomaram-se antigos programas com novas metodologias (PELIANO, 2001; PESSANHA, 2002).

Sua contribuição foi mais bem sucedida no campo da assistência alimentar, de caráter emergencial, através da criação do Programa Leite é Saúde, que visava distribuir leite em pó mais óleo de soja a crianças desnutridas e gestantes em risco nutricional, de forma descentralizada e focalizada, associada às ações de saúde; a descentralização da merenda escolar, em direção aos municípios e às próprias escolas (autonomização da gestão); e, a partir do Minha Gente/ Gente da Terra, a criação do Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (PRODEA), o qual distribuiu estoques de alimentos do governo para mais de dois milhões de famílias atingidas pela seca (PELIANO, 2001; UCHIMURA; BOSI, 2003; VASCONCELOS, 2005).

Pereira e Castro (1993) teceram algumas considerações sobre as ações previstas pelo Plano de Combate à Fome e a Miséria, especificamente o programa Leite

2003). No estudo do IPEA, foram considerados indigentes aqueles que não tinham renda mensal suficiente nem para adquirir uma cesta básica (PELIANO, 1993).

é Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), baseadas nas avaliações de programas anteriores de suplementação alimentar.

Entre os questionamentos levantados destacam-se: a viabilidade das unidades de saúde responsabilizarem-se pela distribuição do leite, tanto pelas precárias condições de infra-estrutura e recursos humanos para estocagem e distribuição dos alimentos, como pelo desvirtuamento da função e imagem destes serviços; a vantagem da escolha do leite por sua menor vulnerabilidade à distribuição intrafamiliar, o mesmo não ocorrendo com o óleo; a vantagem da distribuição do leite em pó pela maior facilidade de armazenamento e vida útil mais longa, e desvantagens quanto ao risco da água utilizada para sua diluição e o desestímulo à descentralização proposta no Plano, pela exclusão de pequenas e médias fábricas locais de leite fluido; e a subutilização do SISVAN como instrumento de monitoramento da Segurança Alimentar, por não prever dados referentes a outros ministérios como o da Agricultura, Economia, Planejamento e Educação (PEREIRA; CASTRO, 1993).

Com relação a este último aspecto, vale destacar que apesar de o SISVAN ter sido proposto como um instrumento fundamental para o conhecimento da situação alimentar e nutricional, implicando numa abordagem multi e interdisciplinar, ele tem sido historicamente restrito às ações de saúde, e ainda assim com muitas dificuldades operacionais (PEREIRA; CASTRO, 1993; ARRUDA, 2006).

Ao fim de 1994, o CONSEA promoveu a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, que reuniu cerca de dois mil delegados de todo o país, e após amplos debates, o documento final da Conferência consubstancia uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar em que o conceito de segurança alimentar está estreitamente vinculado aos direitos sociais e à consolidação da cidadania. A proposta abrange diretrizes de políticas diversificadas, tais como a questão agrária e desenvolvimento rural, políticas agrícolas e de abastecimento alimentar, desenvolvimento urbano, assistência social, saúde, educação, geração de emprego e renda, participação popular e democratização da gestão, e alimentação e nutrição (PELIANO, 2001; PESSANHA, 2002).

A constatação de que além da disponibilidade e acesso aos alimentos, devia-se considerar seu aproveitamento biológico, determinado pelas condições de vida da

população, qualidade e sanidade dos alimentos, levou a incorporação do componente nutricional ao conceito de Segurança Alimentar, considerando-os como “duas faces da mesma moeda”, não podendo garantir um sem garantir o outro, o que resultou no atual termo Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (MALUF; MENEZES, 2001; PELIANO, 2001).

Na Conferência também foi avaliado o resultado das ações governamentais do biênio. De modo geral, os resultados das ações implementadas pelo CONSEA foram considerados pouco significativos, o que pode ser atribuído parcialmente ao seu curto período de existência, além das dificuldades em implementar políticas não exclusivamente assistências, em virtude das disputas intragovernamentais por recursos, e de definição de prioridades e estratégias de políticas, em face da conjuntura econômica nacional vigente, marcada pelo processo inflacionário (RESENDE, 2000; PESSANHA, 2002). Diante disto, concluiu-se que o governo não conseguiu consolidar as bases de uma Política Nacional de Segurança Alimentar, tendo em vista a gestão das políticas sociais terem sido nitidamente prejudicadas pela priorização dada a condução da política econômica de estabilização (PELIANO, 2001; PESSANHA, 2002).

Em dezembro de 1994, o CONSEA lançou o documento “Diretrizes para uma Política Nacional de Segurança Alimentar – as Dez Prioridades”, elaborado com base nas contribuições da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, sendo entregue pelos conselheiros ao então presidente eleito Fernando Henrique Cardoso (PESSANHA, 2002). Os encaminhamentos resultantes podem ser resumidos nas seguintes propostas: 1. ampliar as condições de acesso à alimentação e reduzir seu peso no orçamento familiar; 2. assegurar a saúde, nutrição e alimentação a grupos populacionais determinados; 3. melhorar a tecnologia dos alimentos e seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis (PELIANO, 2001; PESSANHA, 2002).

O documento é considerado o produto mais avançado do CONSEA, desenvolvendo a compreensão do conteúdo político da insegurança alimentar, tendo em vista a insuficiência de acesso aos alimentos, e o papel integrado do Estado e da sociedade na sua superação, destacando a importância do desenvolvimento econômico

e da distribuição de renda na melhoria das condições de alimentação e nutrição da população (PESSANHA, 2002).

Também em 1994, a FAO lançou o Programa Especial de Segurança Alimentar (PESA), orientada pelo propósito de reduzir a fome no mundo, através de diversos projetos em mais de 100 países, buscando promover soluções eficazes e concretas para eliminar a fome, a subnutrição e a pobreza. Desde 1995, através da iniciativa do PESA, foram investidos 770 milhões de dólares em programas de Segurança Alimentar elaborados pela FAO, procurando contribuir para o seu alcance por meio do auxílio aos governos dos países na implementação de programas nacionais de segurança alimentar, e através de uma estreita colaboração com organizações econômicas regionais, na elaboração de programas que aproveitem ao máximo as condições regionais em esferas como a política comercial (FAO, 2007). Entretanto, quando se considera, por exemplo, que apenas no ano de 1996 a indústria armamentista movimentou 811 bilhões de dólares pode-se ter a noção de que até o momento os esforços em prol da Segurança Alimentar e Nutricional e da própria paz “nadam contra a maré”, estando significativamente aquém da necessidade da população mundial (ROVAI; VASCONCELOS, 2001).

No início de 1995, tornou-se evidente o arrefecimento da Ação da Cidadania. A adesão social espontânea e significativa limitou-se as campanhas iniciais, quando se buscava uma ação assistencial imediata. Nas etapas posteriores, quando se buscou uma ação voltada para solução de problemas estruturais, houve uma regressão tanto da participação social como das organizações sociais (PESSANHA, 2002).

Fernando Henrique Cardoso (FHC) recebeu um governo dividido entre priorizar a questão social, incorporando os preceitos da Segurança Alimentar e Nutricional, e manter o plano de estabilização da moeda nacional (Plano Real), que abarcava a abertura econômica para importações, a eliminação da cláusula de segurança alimentar do Acordo do Geral de Tarifas e Comércio (GATT)¹², e a utilização da estratégia de

¹² O Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), se iniciou em primeiro de janeiro de 1948, com a adesão de 23 países, dentre eles o Brasil, tendo um caráter multilateral aberto. O objetivo inicial era estabelecer regras de comportamento para as relações comerciais entre diferentes países, a fim de se evitar a proliferação de medidas restritivas às importações, ou de controle de exportações, que prejudicassem o livre fluxo do comércio internacional. O acordo previa exceções, entre elas: permitia a imposição de restrições às importações se comprovado que a indústria nacional estivesse sendo

importações de alimentos para manutenção dos preços internos baixos, que ficou conhecida como Âncora Verde¹³. Foi notória a opção pelo segundo caminho (VALENTE, 2002).

Em janeiro de 1995, seu primeiro mês de governo, foi criado o Programa Comunidade Solidária, pelo decreto n° 1.366, de 12 de janeiro, e extinto o CONSEA, que foi substituído pelo Conselho Consultivo do Comunidade Solidária, vinculado à Casa Civil da Presidência da República, composto por dez ministros de Estado, pela Secretaria Executiva do Comunidade Solidária, e por 21 membros da sociedade civil, tendo como presidente a primeira dama Ruth Cardoso (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

O Programa Comunidade Solidária foi apresentado como uma nova estratégia de combate à pobreza e exclusão social, visando instituir um novo estilo de gerenciamento das ações públicas na área social, unindo os esforços e os recursos disponíveis no governo e na sociedade civil na busca de soluções mais eficientes e eficazes para a melhoria da qualidade de vida das populações mais pobres. O eixo de articulação e integração das políticas setoriais passa a ser a pobreza, e não mais a SAN, a qual passou a ser diluída nos seus múltiplos componentes, sendo mantidos alguns poucos trabalhos pela Secretaria Executiva em parceria com a sociedade civil. A intervenção pautava-se em quatro princípios básicos: parceria, solidariedade, descentralização e integração/convergência das ações (BURLANDY, 2003; VASCONCELOS, 2005).

O novo modelo de gerenciamento dos programas previa a articulação, coordenação e convergência das ações sociais focalizadas nos municípios e grupamentos populacionais mais pobres. Para execução da proposta, o Comunidade Solidária constituiu uma rede de parceiros nos diversos setores e níveis de governo e sociedade civil, e estabeleceu uma Agenda Básica de intervenções, composta por 16 programas prioritários locados em seis ministérios (Saúde, Educação, Desporto,

prejudicada pela concorrência desleal; restrições às importações de produtos agrícolas se o país procurasse programar a sua produção futura; e permitia a restrição sobre exportações agrícolas, quando necessário para garantir o suprimento do mercado interno (MUNHOZ, 2005).

¹³ O fortalecimento de relações comerciais de importações de alimentos, em especial com os Estados Unidos e Europa, prejudicou especificamente os pequenos produtores, responsáveis pela maior produção para o abastecimento do mercado interno, e que passaram a concorrer com os produtos barateados pelos subsídios que estes países dão aos seus agricultores (CONSEA, 2004).

Agricultura e Abastecimento, Planejamento e Orçamento, e Trabalho) e que abarcava as áreas de Alimentação e Nutrição, Redução da Mortalidade Infantil, Apoio ao Ensino Fundamental, Apoio à Agricultura Familiar, Desenvolvimento Urbano, Geração de Ocupação e Renda, e Qualificação Profissional. A não inserção de alguns ministérios apresentou-se como fator comprometedor da proposta de articulação de todas as áreas do governo no combate à miséria (BURLANDY, 2003).

A formatação do Comunidade Solidária (CS) em uma rede não hierarquizada tinha como principais componentes: o Conselho Consultivo, órgão de consulta a sociedade ao qual competia mobilizá-la, potencializar suas iniciativas, divulgar experiências bem sucedidas e promover parcerias entre os diversos segmentos da sociedade e os três níveis de governo; a Secretaria Executiva, responsável por coordenar e acompanhar as ações governamentais, promovendo a interlocução entre o Conselho e os níveis de governo; os Interlocutores Estaduais, que possuíam no nível estadual uma estrutura semelhante ao CS federal (Conselho e Secretaria) e tinham como atribuições facilitar a convergência e integração de ações nos municípios prioritários, coordenar, de forma articulada com o nível federal, os programas da Agenda Básica, e aproximar formuladores e executores de políticas dos níveis estaduais e municipais de governo; e os Interlocutores Municipais, responsáveis pela coordenação local dos programas, devendo evitar a fragmentação e dispersão no âmbito municipal, além de possuírem atribuições semelhantes aos interlocutores estaduais (BURLANDY, 2003; VASCONCELOS, 2005).

A princípio, o CS não intencionava a criação de novos programas, mas a potencialização do gerenciamento dos já existentes, assim, em relação aos programas correspondentes ao escopo da área de alimentação e nutrição não houve novidades, mantendo-se a herança dos governos anteriores, compreendendo o PNAE, o PAT, os programas de combate às carências nutricionais específicas, o PRODEA, e o Programa Leite é Saúde, que passou a ser denominado Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) e depois Incentivo de Combate às Carências Nutricionais (ICCN), além do SISVAN para o monitoramento de alguns desses programas (Vasconcelos, 2005; Santos, 2006). O PRODEA e o ICCN estavam inclusos nos programas a serem focalizados nas áreas mais pobres (BURLANDY, 2003).

Para o estabelecimento dos municípios prioritários para a implementação da Agenda Básica foram utilizados como critérios de seleção os dados do Mapa da Fome, do Estudo de Condições de Sobrevivência das Crianças (UNICEF/IBGE, 1994) e o Modelo Estatístico de Predição da Prevalência da Desnutrição Infantil, os quais trataram de temáticas relacionadas (pobreza, mortalidade infantil e desnutrição), utilizando indicadores semelhantes na construção dos índices e modelos preditivos, baseados nos dados do Censo de 1991. Apesar disto, estudos mostraram que a conjugação dos três critérios de seleção apresentou baixa concordância no estabelecimento de um *ranking* de municípios prioritários (BURLANDY, 2003).

Análises do CS mostram que este obteve avanços na convergência de programas para os municípios mais pobres, no entanto, com ingerência limitada na dotação orçamentária deles. Segundo Valente (2002), desde o início ficou claro que o Conselho do Comunidade Solidária não interferiria na discussão, proposição, articulação ou instituição de políticas públicas, e que durante seu período de existência se limitou a debater formas de incorporar o setor privado na elaboração, implementação e financiamento de projetos, para colaborar ou mesmo substituir o poder público nas intervenções de cunho social.

A dependência de decisões no nível federal para a liberação dos recursos pode ainda ser considerada como uma contrariação do princípio da descentralização proposto pelo próprio CS. Além disso, Silva, Guilhon e Lima (2001) enfatizaram que os programas constituintes do CS demonstraram-se insuficientes, descontínuos, e com baixa cobertura, não abrangendo o universo de grupamentos mais pobres, fragmentando ainda mais a pobreza. Críticas também foram feitas à composição do Conselho do Comunidade Solidária, e outras apontaram a baixa visibilidade da proposta no nível local, dificuldades de estabelecer um interlocutor municipal e limitações nos mecanismos de supervisão, que junto à frágil participação social findava no favorecimento de estruturas clientelistas locais, pela apropriação das ações do programa para a obtenção de dividendos político-eleitorais, e possibilitando o uso da máquina pública no fortalecimento das bases políticas partidárias da esfera federal do governo (PESSANHA, 2002; BURLANDY, 2003).

Em 1996, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar (BEMFAM), avaliou a situação de saúde e nutrição da população brasileira. Este estudo corroborou com a posição de cientistas brasileiros que desde o início da década, pautados nos resultados do PNSN de 1989 e em outros estudos realizados no país, iniciaram o alerta para os fenômenos de transição epidemiológica e transição nutricional que começara a ocorrer, com redução da prevalência de morbidades e carências associadas à fome e à miséria (desnutrição, baixo peso, doenças infecciosas) concomitante ao aumento na prevalência de obesidade e outras condições como diabetes mellitus, cardiopatias e neoplasias (MONTEIRO et al, 1993; MONTEIRO, 2000; BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

No âmbito internacional, foi realizada em 1996 a Cúpula Mundial de Alimentação, em Roma, atendendo a pedido dos estados membros participantes. O documento resultante, elaborado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, tornou-se um marco para as organizações de direitos humanos e toda a comunidade internacional ao instituir no seu Comentário Geral 12 o “Direito Humano à Alimentação Adequada”, ressaltando a obrigação dos Estados em respeitar, proteger e realizar este direito. Coloca ainda em seu parágrafo 15 que “sempre que um indivíduo ou grupo é incapaz, por razões além do seu controle, de usufruir o direito à alimentação adequada com recursos próprios, como também no caso de vítimas de desastres naturais ou de causas diversas, os Estados tem a obrigação de prover o direito diretamente”. A Cúpula colocou ainda o objetivo de reduzir à metade o número de pessoas desnutridas no mundo até 2015 (BELIK, 2003; FAO, 2006).

O governo brasileiro instituiu um comitê nacional responsável pela elaboração do documento a ser apresentado na Cúpula, constituído por representantes do governo federal, das universidades e das organizações sociais (PESSANHA, 2002). O documento apresenta avanços na compreensão dos determinantes da insegurança alimentar no país e na proposição das ações e políticas necessárias a sua superação, além de recomendações para direcionar a futura implantação de uma política nacional e internacional agroalimentar, com destaque para aquelas que enfatizam que as políticas macroeconômicas e setoriais devem ser orientadas por objetivos sociais em vez da pura lógica econômica (MRE, 1996).

O documento contou com maior participação das organizações populares em detrimento do setor empresarial, confirmada no depoimento do Relator do Comitê, que mencionou a importante contribuição da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, do Instituto de Defesa do Consumidor, da Associação Brasileira das Organizações Não Governamentais e do Fórum Nacional da Ação da Cidadania, ao contrário do reduzido interesse de outras representações. Tal fato indica que o conteúdo do relatório caracteriza mais a posição dos setores populares quanto às questões relativas à SAN (MRE, 1996).

Deve-se salientar que o documento final não representou o consenso dos membros do comitê, o que foi corroborado pelo discurso oficial da Comissão Brasileira na Cúpula Mundial, na palavra do então Ministro da Agricultura Arlindo Porto, que ignorou o Relatório Brasileiro posicionando-se a favor do livre comércio mundial de alimentos, afirmando que “O Brasil acredita que a maior liberalização do comércio agropecuário promoveria, decisivamente, a segurança alimentar mundial” (PESSANHA, 2002).

Possivelmente a maior mudança na área de alimentação e nutrição no primeiro mandato de FHC, e uma das mais criticadas, ocorreu com a extinção do INAN, através da Medida Provisória n° 1.576 de 5 de junho de 1997. A progressiva debilitação dos programas sob responsabilidade do INAN iniciou no governo Collor, ampliando-se no governo FHC, com a adoção de estratégias de combate à fome caracterizadas pela fragmentação. Com sua extinção, foi inicialmente transformado em Secretaria, incorporada a estrutura do Ministério da Saúde. Em seguida, as atribuições da área de alimentação e nutrição foram repassadas a Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN), vinculada à Secretaria de Políticas de Saúde, a qual também foi extinta, sendo a ATAN locada no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, passando a ser denominada Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) (ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005).

Em novembro de 1998, foi criado o Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN), resultante de um processo de aproximação e articulação das organizações não governamentais, sendo constituído por uma rede de entidades e movimentos da sociedade civil organizada que tratavam da questão da SAN. O FBSAN

se inseriu em redes mundiais de Segurança Alimentar e Nutricional que articulavam a sociedade civil e promoviam parcerias com os governos e organizações intergovernamentais. Seu objetivo era mobilizar a sociedade em torno do tema, elaborar políticas de SAN e reinserir o tema nas agendas nacional, estadual e municipal (BURLANDY, 2003).

A estratégia do CS manteve-se em sua plenitude até 1998. A partir de 1999, segundo mandato de FHC (1999-2002), o governo federal reorganizou sua estratégia de combate à pobreza, extinguindo o CS e redistribuindo suas atribuições ao Programa Comunidade Ativa e ao Projeto Alvorada. O Programa Comunidade Ativa herdou a estrutura do CS, estando vinculado a Casa Civil e com a Secretaria Executiva do CS, mas seu eixo estratégico passou a ser o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS), e sendo também voltado a localidades pobres, escolhidas pelo baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). A proposta do programa era a realização de agendas de desenvolvimento a partir de diagnósticos participativos, visando potencializar os recursos da própria comunidade no combate à pobreza e tornar os municípios auto-sustentáveis. No início de 2001, apenas 157 municípios haviam sido contemplados na primeira fase do programa, contra uma meta de 1000 até o final do ano 2000 (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; VALENTE, 2001; BURLANDY, 2003).

O Projeto Alvorada foi coordenado pela Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), do Ministério da Previdência e Assistência Social, e tinha como objetivo a articulação e coordenação de diversos programas e ações no país, especificamente nas áreas de saúde, educação e geração de renda, que proporcionassem a melhoria das condições de vida de grupamentos sociais carentes localizados nas áreas mais pobres do Brasil, além de prover apoio financeiro aos projetos prioritários, os quais passaram a ser alvo de gerenciamento intensivo (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; PESSANHA, 2002).

Deve-se considerar que a política macroeconômica priorizando a estabilidade da moeda nacional foi fonte de conflito com os objetivos traçados para as políticas sociais, com claro domínio da questão econômica, relegando a segundo plano ações como o Programa Comunidade Solidária. A própria concepção de focalização que orientou a

política de combate à pobreza no governo é vista como fundamentada em uma ótica neoliberal/conservadora, compensatória, de atenuação da pobreza, centrada no corte de recursos sociais. Também são aventadas a priorização em programas clientelísticos e a transferência do dever de proteção social para a sociedade (PESSANHA, 2002; BURLANDY, 2003).

Um momento de destaque neste período foi a aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada pela Portaria n° 710 do Ministério da Saúde, em 10 de junho de 1999, a qual integra a Política Nacional de Saúde. Ela vinha sendo elaborada desde 1997, comandada pela CGPAN e contando com técnicos dos setores de saúde, educação, agricultura e consultores. Seu texto final foi apresentado e discutido em seminário patrocinado pela OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), com a participação de representantes de entidades acadêmicas, de classe e organizações comunitárias. Seu texto está inserido no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional, demonstrando o intuito da garantia do Direito Humano à Alimentação, e que as ações necessárias ao seu alcance extrapolam os limites do setor saúde, necessitando de ampla articulação com outros setores governamentais, a sociedade e o setor produtivo (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000; ARRUDA, 2005).

Em reunião ocorrida em Nova York, entre 6 e 8 de setembro de 2000, os Estados-Membros da ONU apresentaram oito objetivos¹⁴ e 18 metas de desenvolvimento, mais 48 indicadores de progresso em um documento que ficou conhecido como Declaração do Milênio. Corroborando com o enfoque do PESA e as decisões da Cúpula Mundial de Alimentação, estabeleceu como primeiro objetivo a Erradicação da pobreza extrema e da fome, com a meta de reduzir pela metade até 2015 a proporção da população vivendo com até um dólar por dia e a proporção de crianças de até cinco anos com peso abaixo do normal (ONU, 2001; MOREL, 2004; OPAS/OMS, 2004).

¹⁴ 1. Erradicação da pobreza extrema e da fome;
2. Universalização do acesso à educação primária;
3. Promoção da igualdade entre os gêneros;
4. Redução da mortalidade infantil;
5. Melhoria da saúde materna;
6. Combate à AIDS, malária e outras doenças;
7. Promoção da sustentabilidade ambiental;
8. Desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento.

Como principal inovação do segundo mandato de FHC pode-se considerar a implementação de programas federais de renda mínima. Na área de alimentação foi criado o Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde, o Programa Bolsa Alimentação (PBA), pela Medida Provisória nº 2.206 de 10 de agosto de 2001, sob a responsabilidade da CGPAN e colocando-se como uma nova estratégia no combate as carências nutricionais. O PBA visava a promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, pertencentes à famílias com renda de até R\$ 90,00 *per capita*. A complementação de renda variava de R\$ 15,00 a R\$ 45,00 dependendo do número de beneficiários elegíveis (entre um e três), e estava condicionada ao cumprimento de uma agenda de compromissos de ações básicas de saúde (ARRUDA, 2005; VASCONCELOS, 2005).

Ao final do governo FHC permaneciam como ações governamentais no âmbito da alimentação e nutrição o PNAE, conduzido pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, do Ministério da Educação; o PAT, sob a égide da Secretaria de Inspeção do Trabalho, do Ministério do Trabalho; e os programas sob a responsabilidade da CGPAN (Ministério da Saúde): Controle da Hipovitaminose A, Anemia Ferropriva e Distúrbios por Deficiência de Iodo; Promoção da Alimentação Saudável, SISVAN e o Bolsa Alimentação em substituição do ICCN. O PRODEA foi extinto ao fim do ano 2000, com o corte da sua verba de sustentação do orçamento de 2001, sob a alegação de que se tratava de uma ação assistencialista que não contribuía para o combate a pobreza no Brasil (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001; VASCONCELOS, 2005).

Durante o Governo FHC, mesmo com a perda de espaço nas intervenções públicas, observou-se que a questão da SAN continuou a ser fomentada no Brasil e no mundo. Este governo foi marcado por intensas contradições na política social. Foi inovador nas propostas de combate à pobreza e à fome, buscando enfrentá-la a partir de “instituições centrais” que organizassem as diversas manifestações existentes no poder público e na sociedade na perspectiva de aumentar sua eficiência, e com a adoção, pelo nível federal, da transferência direta de renda a população carente. Entretanto, o caráter de ações focalizadas em detrimento de um esvaziamento das políticas universais, além da limitada dotação orçamentária para as políticas públicas

sociais, seguindo os princípios neoliberais adotados na política macroeconômica do país, mostraram-se limitadores do alcance desta atuação, observada pela baixa redução das desigualdades sociais até aquele momento (VALENTE, 2002).

Segundo Belik, Silva e Takagi (2001), deve-se considerar que a fome e a pobreza no Brasil é regida mais por determinantes globais (como o modelo econômico capitalista e globalizado que leva ao desemprego, baixos salários, e aumento das disparidades sociais), e menos por determinantes locais, exigindo mais do que medidas focalizadas, mas importantes alterações na conformação das políticas econômica, agrária, externa, educacional e outras.

No intento de mudar este quadro, ao final de 2002, Luís Inácio Lula da Silva foi eleito Presidente da República, e na posse, em 1º de janeiro de 2003, assumiu como prioridade de governo o combate à fome, lançando no dia 31 o Programa Fome Zero (PFZ), com ampla divulgação nos meios de comunicação, propondo-se a implementar as bases para uma política de SAN no Brasil e visando tratar a problemática da fome em uma perspectiva cidadã e universalista, fundamentada na consecução do Direito Humano à Alimentação Adequada (SUPLICY, 2003; SILVA, 2006).

O Programa Fome Zero tem sua fundamentação no Projeto Fome Zero, elaborado pela ONG Instituto Cidadania junto a diversos representantes de outras ONGs, institutos de pesquisa, organizações populares, movimentos sociais e especialistas em segurança alimentar de todo o país. O projeto foi apresentado ao debate público em outubro de 2001 pelo então candidato à presidência, Lula (FRANCESCHINI, 2003).

O documento parte do princípio de que o Direito à Alimentação Adequada deve ser assegurado pelo Estado, tendo como seu principal objetivo a formulação de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional para o Brasil. Expõe a necessidade de conjugar políticas estruturais (voltadas à redistribuição de renda e redução das desigualdades, crescimento da produção, geração de emprego, reforma agrária, incentivo à agricultura familiar etc) e as chamadas políticas compensatórias ou emergenciais, organizando suas propostas em três modalidades de intervenção: políticas estruturais, políticas específicas e políticas locais, atuando de forma integrada através de uma articulação e participação de todos os setores e níveis de governo junto

à sociedade civil (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2001; YASBEK, 2004; VASCONCELOS, 2005).

O projeto apresenta dados da Cúpula Mundial de Alimentação (1996), da FAO (2000), do PNUD (2000), do Banco Mundial (2000) e outras organizações no Brasil e no mundo, afirmando que a fome não está sendo reduzida e que não é causada pelo crescimento populacional nem pela falta de alimentos. Aponta como determinantes da fome no Brasil a insuficiência da oferta de produtos agropecuários, problemas relacionados à intermediação dos alimentos (distribuição e comercialização), e a falta de poder aquisitivo da população, havendo um revezamento histórico entre estas três causas, sendo o principal determinante na atualidade a insuficiente demanda efetiva, decorrente da elevada concentração de renda, baixos salários, desemprego e subemprego, e o baixo crescimento econômico, resultantes do modelo econômico vigente (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2001; YASBEK, 2004).

Demonstra ainda que, apesar da população rural do Nordeste ser a mais pobre do país, a fome e a pobreza não estão concentradas nesta área, havendo importantes contingentes populacionais fora deste eixo, em especial nas regiões metropolitanas, carecendo de intervenções públicas, reiterando assim a insuficiência de medidas focalizadas em detrimento de uma atuação global (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2001; YASBEK, 2004).

O documento define o público alvo das intervenções e estima a população brasileira em situação de carência alimentar ou em vulnerabilidade a ela. Para esta estimativa desenvolveu uma metodologia baseada na Linha de Pobreza do Banco Mundial, que considera em pobreza extrema os indivíduos vivendo com até US\$ 1,00/dia. A partir de um processo de regionalização e distinção entre os estratos urbano e rural, baseado nas linhas de pobreza regionalizadas, calculou-se o número de famílias e pessoas pobres, estimando um público potencial de 44.043 milhões de indivíduos constituintes de 9.324 milhões de famílias (INSTITUTO DA CIDADANIA, 2001; YASBEK, 2004).

Em sua avaliação do projeto, Yasbek (2004) considera-o como um estudo consistente e bem elaborado, no entanto faz ressalvas pela não consideração de outros programas de enfrentamento da pobreza, em especial as políticas de seguridade social,

as quais estão previstas nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, e regulamentadas pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS – Lei n° 8.742, de 7 de dezembro de 1993), colocando a assistência social como um direito de cidadão e dever do Estado, sendo uma política não contributiva que prevê os mínimos sociais¹⁵. Estando o direito à segurança alimentar e nutricional incluso nos mínimos sociais, a articulação de suas propostas à seguridade social pode ser estabelecida como uma medida essencial para superação da histórica desarticulação e superposição das ações sociais, e do tratamento clientelístico e/ou filantrópico dado a essas ações, fortalecendo a noção da garantia da alimentação e demais componentes dos mínimos sociais como uma questão de direito humano e de cidadania.

Antes da posse, em dezembro de 2002, Lula solicitou ao Diretor Geral da FAO colaboração para a formação de uma equipe de técnicos da FAO, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial para trabalhar junto a uma equipe nacional na revisão do desenho e de componentes do Projeto Fome Zero. Os trabalhos findaram com a ratificação dos objetivos e conteúdo do programa, mas também com as preocupações com os grandes desafios, especialmente de tipo institucional (FAO, 2006).

Com o lançamento do Programa Fome Zero, foi recriado o CONSEA, a partir da medida provisória n° 102 de 1° de janeiro de 2003 e regulamentado pelo Decreto n° 4.582 de 30 de janeiro de 2003, constituindo um órgão de caráter consultivo e de assessoria imediata ao Presidente da República, devendo estar sempre em diálogo com a sociedade, com objetivo de propor as diretrizes gerais da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Foi inicialmente composto por 49 conselheiros, sendo 13 ministros de Estado e 38 representantes da sociedade civil, além de 11 observadores internacionais, quantitativo que aumentou na gestão de 2004/2006 para 57 conselheiros (17 ministros e 40 representantes da sociedade) e 16 observadores (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006; CONSEA, 2007).

¹⁵ Os mínimos sociais colocam-se como uma questão de estabelecimento de um padrão básico de inclusão social que contenha a idéia de dignidade e cidadania. Sposati (1997) considera haver duas interpretações de mínimo social: uma restrita, que se fundamenta na pobreza e no limiar da sobrevivência, e outra ampla e cidadã, que se baseia em um padrão básico de inclusão (YASBEK, 2004).

Para a consecução dos seus objetivos, o PFZ envolveu em sua estrutura operacional quase todos os ministérios, e instituiu a Secretaria Especial de Segurança Alimentar para sua gestão, a qual poucos dias após o lançamento do programa foi extinta e substituída com a criação do Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), o que gerou muitas críticas, devido a falta de pessoal para a formação do MESA¹⁶, e a negação de sugestões de mudanças no Projeto Fome Zero quanto a conformação institucional (VASCONCELOS, 2005; SILVA, 2006).

Ainda em 2003, pelo Decreto n° 4.564 de 1 de janeiro de 2003, o PFZ conseguiu a aprovação do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (FCEP), sendo formado por doações de pessoas físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras, ficando sua gestão sob a responsabilidade do MESA. Os recursos do FCEP foram disponibilizados para investimento em projetos e programas que tenham como público alvo famílias ou indivíduos com renda *per capita* abaixo da linha de pobreza, e populações de municípios ou localidades urbanas ou rurais, isoladas ou inseridas em regiões metropolitanas, que apresentem precárias condições de vida (SILVA, 2006).

Antes do PFZ ser implementado, o Presidente Lula junto com 29 ministros e secretários realizaram uma viagem a algumas áreas mais miseráveis do país (Itinga em Minas Gerais; Brasília Teimosa em Recife; e Vila Irmã Dulce no Piauí), no intento de demonstrar, de forma simbólica, o empenho de todo o governo no combate à exclusão social. O projeto piloto do programa foi lançado nas cidades de Guaribas e Acauã, do Piauí, localidades com IDH entre os piores do país (SILVA, 2006).

O projeto piloto foi criticado por não ter envolvido o CONSEA em sua elaboração e implementação. Outras críticas apontavam que as ações estavam sendo tornando assistencialistas, devido ao não estabelecimento de medidas estruturais, e, além disso, que o principal programa instituído, o Cartão Alimentação¹⁷, estava sendo demasiadamente burocrático e custoso, devido à exigência de fiscalização do uso do dinheiro recebido pelos beneficiários (SILVA, 2006).

¹⁶ Inicialmente o ministro José Graziano só conseguiu nomear quatro auxiliares (SILVA, 2006).

¹⁷ O Programa Cartão Alimentação repassava R\$ 50,00 àquelas famílias em condições de extrema pobreza para a compra de alimentos, devendo os beneficiários apresentar notas fiscais ou comprovantes da compra dos alimentos aos comitês gestores de suas localidades (CONSEA, 2004a).

No primeiro ano de existência, o PFZ passou por dificuldades em sua gestão. O primeiro estava relacionado com a disputa entre o MESA e o Ministério de Assistência Social para assumir a gestão e o acompanhamento dos programas que recebiam recursos do FCEP. O segundo era a lentidão do Cadastro Único¹⁸, utilizado pelo PFZ/MESA para identificação e seleção de beneficiários, mas operacionalizado pelo Ministério de Assistência Social (SILVA, 2006).

Outro problema era a dificuldade do PFZ de expandir suas ações. Apesar de utilizar a estratégia de unificar quatro programas de transferência de renda (Cupom Alimentação/ MESA; Bolsa Escola/ MEC; Bolsa Alimentação/ MS; Auxílio Gás/Ministério das Minas e Energia), originando o Programa Bolsa Família, que ficou sob gestão da Secretaria do Bolsa Família, vinculada à Presidência da República, o problema continuou a persistir (SILVA, 2006).

Com o objetivo de superar estes obstáculos, em janeiro de 2004 o MESA e o Ministério de Assistência Social foram extintos, e suas atribuições mais as da Secretaria do Bolsa Família foram reunidas e integradas no então instituído Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), sendo o então deputado federal e ex-prefeito de Belo Horizonte Patrus Ananias empossado como titular da pasta (YASBEK, 2004; SILVA, 2006). O MDS não gerencia todas as ações do PFZ, mas junto ao CONSEA tem a capacidade institucional de articular, avaliar e cooperar com as atividades relativas a SAN incluídas em outros ministérios¹⁹.

Um dos mais importantes eventos da primeira gestão de Lula foi a realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em Olinda, no período de 17 a 20 de março de 2004, 10 anos após a I Conferência, e com objetivo de

¹⁸ O Cadastro Único dos Programas Sociais (CadÚnico) foi Instituído pelo Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001, sendo um instrumento para identificação das famílias em situação de pobreza em todos os municípios brasileiros (famílias com renda *per capita* mensal de até ½ salário mínimo). Este cadastro visa nortear a implementação de políticas públicas voltadas para as famílias de baixa renda e proporcionar aos governos municipais, estaduais e federal o diagnóstico socioeconômico das famílias cadastradas, possibilitando a análise das suas principais necessidades (MDS, 2007).

¹⁹ Além do MDS e do CONSEA, participam da estrutura do Fome Zero os Ministérios do Desenvolvimento Agrário; Educação; Saúde; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Trabalho e Emprego; Integração Nacional; Fazenda; e Planejamento, Orçamento e Gestão. Participam também a Casa Civil, a Secretaria-Geral da Presidência e a Assessoria Especial da Presidência (MDS, 2005). Em virtude das temáticas envolvidas na SAN, nota-se a ausência do Ministério das Cidades e do Ministério do Meio Ambiente.

estabelecer os princípios e diretrizes da Política Nacional de SAN (CONSEA, 2004a; 2004b; ARRUDA, 2005).

As conclusões e recomendações da Conferência podem ser resumidas nos seguintes princípios norteadores: adotar a ótica da promoção do Direito Humano à Alimentação Saudável, colocando a segurança alimentar e nutricional como objetivo estratégico que deve estar sempre associado à soberania alimentar; assegurar o acesso universal e permanente a alimentos de qualidade, prioritariamente por meio da geração de trabalho e renda e contemplando ações educativas; buscar a transversalidade das ações por meio de planos articulados de forma intersetorial e com participação social; respeitar a diversidade de gênero e étnica, reconhecendo a diversidade e valorizando as culturas alimentares; promover a agricultura familiar baseada na agroecologia²⁰, vinculada ao uso sustentável dos recursos naturais e proteção do meio ambiente; e reconhecer a água como alimento essencial e patrimônio público (CONSEA, 2004b).

Para execução da política de SAN, as intervenções do Programa Fome Zero foram integradas em quatro eixos articuladores: a ampliação do acesso aos alimentos; o fortalecimento da agricultura familiar; promoção de geração de emprego e renda; e a articulação e mobilização das entidades governamentais e não governamentais. Dentro destes quatro eixos existem atualmente mais de 30 ações e programas que abrangem políticas estruturais, específicas e locais (MDS, 2005; FOME ZERO, 2006).

O eixo da *ampliação do acesso aos alimentos* compreende: o Programa de transferência de renda Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), o qual está em processo de unificação com o primeiro; os programas de alimentação e nutrição: Alimentação Escolar (PNAE), Alimentos a grupos populacionais específicos, Programa de construção de cisternas, Restaurantes populares, Bancos de alimentos, Agricultura urbana/Hortas comunitárias, Sistema de Vigilância Alimentar e

²⁰ A agroecologia é uma ciência baseada em princípios como a diversidade, solidariedade, cooperação, respeito à natureza, cidadania e participação, os quais permitem uma reflexão crítica sobre a sustentabilidade dos agricultores familiares e representam uma alternativa às lógicas da globalização e padronização. Esta visão sugere, além de uma transição agro-ambiental nos sistemas de produção, perspectivas de promover transformações estruturais nos atuais sistemas de industrialização e comercialização, com possibilidade de uma maior distribuição de renda, poder e responsabilidades entre os atores envolvidos (MDA, 2007).

Nutricional (Sisvan), Distribuição de vitamina A (Vitamina A+), Distribuição de ferro (Saúde de Ferro), Alimentação e nutrição de povos indígenas, Educação alimentar, nutricional e para consumo e Alimentação Saudável/Promoção de Hábitos Saudáveis; o Programa de Alimentação do trabalhador (PAT); e promovendo a redução de tributos, a Desoneração da cesta básica de alimentos.

O eixo do *fortalecimento da agricultura familiar* é constituído pelo: Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF); a Garantia-Safra; o Seguro da Agricultura Familiar; e o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA).

Para *promoção de geração de emprego e renda* existem: as ações de Qualificação social e profissional; Economia solidária e inclusão produtiva; Consórcio de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local (CONSAD); Organização produtiva de comunidades (Produzir); Desenvolvimento de cooperativas de catadores; e o Microcrédito produtivo orientado.

No eixo da *articulação e mobilização das entidades governamentais e não governamentais* estão: a Casa das Famílias – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); a Mobilização social e educação cidadã; a Capacitação de agentes públicos e sociais; Mutirões e doações; Parcerias com empresas e entidades; e o Controle social (conselhos da área social).

De todos estes programas, os maiores em termos de investimento, cobertura e visibilidade são o Bolsa Família; o PNAE; o PRONAF, o qual provê crédito subsidiado e assistência técnica aos agricultores familiares; o PAA, que através da CONAB tem realizado a compra de alimentos da agricultura familiar para sua distribuição local à instituições e programas alimentares; e o Programa de Construção de Cisternas, o qual tem construído cisternas no semi-árido nordestino permitindo a coleta da água da chuva para o uso doméstico (FAO, 2006).

Observa-se que os recursos destinados às ações do Fome Zero e outras ações de Combate à Fome tem sido incrementados desde sua criação, com conseqüente aumento do público beneficiário das diversas ações. O montante que foi de cerca de R\$ 6 bilhões em 2003 passou para mais de R\$ 12 bilhões em 2006. Como demonstrativo, pontua-se o aumento de 40% nos repasses federais para o PNAE, que atende

diariamente 37 milhões de crianças e adolescentes, passando de R\$ 0,13 para R\$ 0,18/estudante/dia, sendo na educação infantil o valor *per capita* triplicado, passando de R\$ 0,06 para R\$ 0,18/dia, e atendendo com valor diferenciado as comunidades indígenas e quilombolas (R\$ 0,34/estudante/dia); o PRONAF que em 2003 atendia 900 mil produtores passou a beneficiar cerca de 2 milhões (os recursos alocados passaram de 3,8 milhões para 9 milhões); e o Bolsa Família que inicialmente alcançava 3,6 milhões de famílias, chegou à casa de 11,1 milhões de famílias, quase atingindo os 11,2 milhões de famílias pobres existentes no país, segundo estimadas do IBGE (MDS, 2006; FAO, 2006).

No ano de 2006, duas importantes Leis para o avanço da segurança alimentar e nutricional no país foram sancionadas, A primeira foi a Lei n° 11.326, de 24 de julho de 2006, que estabelece as diretrizes para a formulação da Política Nacional da Agricultura Familiar, sendo estas I. a descentralização, II. a sustentabilidade ambiental, social e econômica, III. a equidade na aplicação das políticas, respeitando os aspectos de gênero, geração e etnia, e IV. a participação dos agricultores familiares²¹ na formulação e implementação da política nacional da agricultura familiar e empreendimentos familiares rurais.

A segunda foi a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), Lei n° 11.346, de 15 de setembro de 2006, a qual cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que tem por finalidade assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada. Esta foi elaborada pelo CONSEA e MDS, com o objetivo de estabelecer o sistema e as diretrizes gerais da política nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Foi aprovada pelo Congresso Nacional sem alterações em seu texto e sancionada pelo Presidente da República. A Lei expõe a definição de SAN e as temáticas subjacentes que esta abrange, seguindo o que foi discutido na II Conferência Nacional de SAN, estabelecendo as definições, princípios, diretrizes, objetivos e

²¹ Considerou-se como agricultor familiar e empreendedor familiar rural aqueles que não possuam área maior que 4 módulos fiscais; utilizem predominantemente mão de obra da própria família; tenham renda familiar predominantemente oriunda de suas atividades no próprio estabelecimento ou empreendimento; e dirija-o com sua família. São também abrangidos na Lei os pequenos silvicultores, que realizem o manejo sustentável em suas atividades; os pequenos aqüicultores; os pequenos extrativistas, que exerçam suas atividades artesanalmente, excluídos os garimpeiros e falcadores; e os pequenos pescadores, que exerçam a atividade pesqueira artesanalmente (BRASIL. Lei n° 11.326, de 24 de julho de 2006).

composição do SISAN, reiterando a conformação atual da Política de SAN no país. O grande ganho com a aprovação destas duas Leis é o valor constitucional dado a estas questões, colocando-as como obrigação não só do governo de Lula, mas de qualquer outro que assuma a presidência do Brasil.

No quadro de implementação e desenvolvimento do PFZ no país, o governo convive por um lado com críticas de que ainda segue a cartilha neoliberal, o que dificulta especialmente uma transformação estrutural com fins de maior equidade social²²; e por outro lado, de que o Estado tem “crescido muito”, no sentido de que vem tomando espaços que “deveriam” ser do setor privado e “onerando” demasiadamente os cofres públicos com ações “assistencialistas”.

Ainda não há avaliações específicas do impacto do Fome Zero na sociedade brasileira, mas alguns dados mostram um horizonte de possibilidades otimistas. Os dados do estudo “Miséria em queda: Mensuração, Monitoramento e Metas”, divulgados em 2005 pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas, mostram uma redução de 8% no índice de miséria do Brasil de 2003 para 2004, deixando o País com a menor proporção de miseráveis desde 1992. Em 2003, viviam abaixo da linha de pobreza (ganhando menos de R\$ 115,00 *per capita* mensal) 27,26% de brasileiros, passando para 25,08% em 2004.

Segundo o estudo, esta redução foi bastante influenciada pela diminuição da concentração de renda, que no momento da publicação dos resultados tinha diminuído por três anos consecutivos, fato inédito na história do país nos últimos 30 anos. Outros fatores apontados foram o crescimento econômico do país, estabilidade da inflação, reajuste do salário mínimo, recuperação do mercado de trabalho, aumento da geração de empregos formais, ampliação do acesso à educação, o aumento da presença do Estado na economia, com uma maior transferência de renda para a sociedade, com ênfase na importante cobertura do Bolsa Família e no Programa de Aposentadoria Rural.

O Relatório de Desenvolvimento Humano do PNUD de 2006 colocou o Brasil como exemplo de possibilidade de redução da concentração de renda, a qual tem

²² Vale salientar neste ponto a complacência do governo com o cultivo de transgênicos, o que fere, entre outras, as recomendações da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e que, no entanto, é motivo de elogios dos defensores dos interesses neoliberais (TRANSGÊNICOS..., 2007).

diminuído nos últimos cinco anos²³, sendo destacado o bom desempenho econômico associado aos sucessivos aumentos reais no salário mínimo, e especialmente o programa de transferência de renda Bolsa Família. Este panorama também possibilitou o aumento do poder de compra da cesta básica, segundo divulgação do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE). De acordo com o DIEESE, em 2006, a relação entre a cesta básica e o salário mínimo apresentou seu melhor resultado desde que a pesquisa começou a ser realizada em 1985.

No contexto internacional, o PFZ, estabelecido como uma estratégia de cumprimento da meta de erradicar a fome e a extrema pobreza, despertou grande interesse, em especial nos países em desenvolvimento, onde se estabelecem os maiores esforços para alcançar o Objetivo nº 1 do Milênio. A proposta do Presidente Lula no Fórum Econômico Mundial em Davos em 2003, da criação de um fundo global de combate à fome e à miséria financiado pelos países mais ricos do mundo (G7) e pelos grandes investidores internacionais, ganhou o apoio de muitos ali presentes e deu maior visibilidade ao PFZ (ROSSI, 2003; FAO, 2006; SILVA, 2006).

Esse interesse internacional foi reforçado por iniciativas conjuntas do Presidente Lula e dos Chefes de Estado da França, Chile e Espanha durante o Encontro de Líderes por uma Ação contra a Fome e a Pobreza, realizado na sede da ONU em Nova York em setembro de 2004, que contou com a participação de mais de 100 governos. No âmbito dessa atuação global, os Presidentes do Brasil e da Guatemala lançaram, em outubro de 2005, a proposta de erradicar completamente a fome na América Latina e no Caribe até o ano de 2025, a qual foi endossada pelos 29 países da região presentes à Conferência Regional da FAO, realizada em Caracas, em abril de 2006 (FAO, 2006).

A partir das iniciativas do Programa Especial de Segurança Alimentar da FAO e do espaço conquistado na Agenda Internacional, muitos países estão trabalhando na elaboração e execução de programas nacionais de segurança alimentar, em especial na América Latina e no Caribe, e a experiência do Brasil como também de outros países como Bolívia, Chile, Colômbia, Guatemala, Peru e Venezuela tem propiciado

²³ A concentração de renda é medida pelo Coeficiente de Gini, numa escala de 0 (distribuição igual) a 1 (concentração em uma única pessoa). No Brasil, este coeficiente passou de 0,593 em 2001 para 0,580 em 2006 (PNUD, 2007).

importante base para a implementação e aperfeiçoamento de estratégias de SAN para que o Direito Humano à Alimentação Adequada se torne uma realidade global (FAO, 2006).

A partir do exposto, verifica-se que as políticas sociais, e em especial as relacionadas à alimentação e nutrição, estão atreladas ao aprendizado institucional adquirido na observação da aplicação prática de diversas experiências ao longo do tempo, além da conformação de diversos fatores relacionados ao contexto social, político e econômico do país, e de suas relações com o quadro mundial vigente.

2.2. Segurança Alimentar e Nutricional

Observando o desenvolvimento histórico da concepção da Segurança Alimentar e Nutricional, verifica-se um processo de ampliação de suas bases, passando da mera garantia da produção suficiente de alimentos para a conjunção de vários aspectos que interferem em diversos interesses, podendo ser entendido como um eixo estratégico para o desenvolvimento de indivíduos e povos, e um desafio a ser incorporado nas políticas públicas. Desta forma, seu conceito é considerado como ainda não estabelecido, mas em construção, sendo que dentro das perspectivas até o momento apresentadas propõe-se o seguinte:

“A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na 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 respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006). Acrescente-se que é responsabilidade dos Estados Nacionais assegurarem este Direito, devendo fazê-lo em obrigatória articulação com a sociedade civil, dentro das formas possíveis para exercê-lo (MALUF; MENEZES, 2001).

Para a melhor compreensão do conceito de SAN, é importante o entendimento das dimensões e aspectos envolvidos na sua discussão.

A temática da SAN é constituída por dois componentes básicos: o componente alimentar, relacionado com a disponibilidade (produção, comercialização) e acesso (físico, financeiro) ao alimento; e o componente nutricional, que considera tanto os fatores envolvidos na determinação das práticas alimentares (disponibilidade, acesso, cultura e hábitos alimentares) como os relacionados a sua utilização pelo organismo (qualidade e sanidade do alimento, sanidade do ambiente, estado nutricional e de saúde). Dentro desta conformação vale salientar a internalização das concepções do Direito Humano à Alimentação Adequada, de Soberania Alimentar e de Sustentabilidade do Sistema Alimentar (MALUF; MENEZES, 2001; CONSEA, 2004a).

A disponibilidade de alimentos esta relacionada à capacidade de produção e oferta dos alimentos. O Brasil possui um sistema agrícola com tal grau de eficiência que o coloca entre os grandes produtores do mundo, e com uma oferta potencial de 3.000 calorias *per capita* dia, bem acima das necessidades médias estipuladas pelos organismos internacionais (2.200 Kcal) (BATISTA FILHO, 2003; CONSEA, 2004a).

Entretanto, tal disponibilidade não se reflete no consumo da população brasileira, devido à combinação de uma série de fatores que se propagam ao longo da história do país. Primeiro, a alta concentração de terras, na medida em que menos de 3% dos proprietários possuem mais da metade das terras agricultáveis (e sem utilizar muitas delas), colocando o país em segundo lugar no *ranking* mundial, atrás apenas no Paraguai. Associado a isto está a política agrícola de privilégio aos grandes proprietários, concedendo-lhes o predomínio sobre os proventos destinados a créditos e assistência técnica agrícola, além de priorizar os produtos exportáveis em detrimento do mercado interno, com fomento à monocultura e seus danos sociais e ambientais. Desta forma, grande parcela da população rural é excluída do processo de ocupação de terras e produção de renda, gerando pobreza e insegurança alimentar (COMISSÃO PASTORAL DA TERRA, 2003; CONSEA, 2004; AGÊNCIA IBASE, 2006).

Acrescenta-se (sendo também resultante) a essa situação, a grande desigualdade de renda do país. Segundo o Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2002 das Nações Unidas (PNUD), o Brasil possui um Produto interno Bruto (PIB) *per capita*²⁴ de US\$ 7.625, e um IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) de 0,757, o qual é considerado de um padrão de desenvolvimento médio, sendo incoerente com o PIB *per capita*. Tal fato encontra respaldo no coeficiente de Gini, usado para medir a desigualdade de renda, e que apesar de apresentar reduções ainda é alto (Relatório de Desenvolvimento da ONU, 2006). Pochmann e outros (2004 apud MARQUES, 2005) descrevem que a renda das famílias mais ricas (renda familiar mensal acima de R\$ 10.982,00 em 2003) correspondia a 75% do total da renda nacional, sendo que as 5.000 famílias mais ricas absorvem 45% da renda nacional.

²⁴ O PIB per capita é medido em PPC – Paridade do Poder de Compra (PPP US\$), calculado pelo Banco Mundial.

Desta forma, a pobreza, a baixa renda, de grande parcela da população gera uma demanda reprimida na aquisição de alimentos e outros bens, fortalecendo os interesses do agronegócio na produção daqueles voltados ao mercado externo (HOFFMANN, 1995; BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2000).

Tal fato, em um país capitalizado como o Brasil, é sinal do comprometimento no do acesso, que compreende as condições de adquirir alimentos em quantidade suficiente e com qualidade, estando muito mais relacionado à falta de segurança alimentar e nutricional no país do que a disponibilidade global de alimentos. Outras dificuldades relativas ao acesso estão associadas à baixa infra-estrutura de estradas, saneamento, a própria posse de terras e outros bens necessários à produção (HOFFMANN, 1995; CONSEA, 2004a).

Nas condições associadas à utilização biológica dos alimentos consideram-se os determinantes do estado nutricional e de saúde, tais como a salubridade do ambiente, hábitos alimentares, educação em saúde, educação nutricional e sanidade dos alimentos, o qual envolve tanto aspectos de higiene e qualidade nutricional como também a ausência de componentes nocivos à saúde (agrotóxicos, hormônios, antibióticos, contaminantes químicos, manipulações genéticas de efeitos desconhecidos etc) (MALUF, 2001; CONSEA, 2004).

Apesar da noção equivocada de muitos, segurança alimentar e nutricional não se restringe ao combate à fome e à pobreza, e embora a fome e a desnutrição sejam as manifestações mais graves da insegurança alimentar, outras variantes são consideradas impeditivas da SAN: carências de micronutrientes (fome oculta); excessos alimentares, levando ao sobrepeso e obesidade, com suas co-morbidades; e transtornos alimentares (anorexia e bulimia), pois apresentam significativa importância devido a sua magnitude e impacto, sobrecarregando e onerando o Sistema de Saúde e toda a sociedade (MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996; BURLANDY; MAGALHÃES, 2004; CONSEA, 2004a).

Neste ponto vale considerar que a globalização do mercado de alimentos, com ampla introdução dos alimentos industrializados e a massificação dos hábitos alimentares, elevando expressivamente o consumo de alimentos de alta densidade energética e baixo valor nutritivo, colocam-se como determinantes do aumento

crecente da prevalência das doenças crônico-degenerativas no Brasil e no mundo, e conseqüentemente sérios e difíceis entraves para o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional (FRIEDMANN, 2000; CABALLERO, 2006).

Deve-se ressaltar ainda o uso das concepções de sustentabilidade e soberania alimentar. A sustentabilidade alimentar está relacionada aos pressupostos consagrados na Agenda 21²⁵, relativos a preservação do meio ambiente e desenvolvimento sustentável, buscando a garantia da existência do sistema de produção, distribuição e consumo de alimentos em quantidade e qualidade adequadas não só no presente, mas preservando sua capacidade para a manutenção destas mesmas garantias às gerações futuras (MALUF, 2001; BELIK, 2003; MMA, 2007).

Este conceito coloca em xeque o uso de agrotóxicos, fertilizantes químicos, maquinaria pesada, e a produção extensiva em monoculturas, que sabidamente exige grande consumo de energia, é altamente dispendioso, e gera desequilíbrios irreparáveis ao meio ambiente, com multiplicação de pragas, esterilização dos solos, assoreamento dos rios e reservatórios, poluição das águas, devastação de florestas, contaminação dos alimentos e envenenamento dos trabalhadores rurais (MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996).

Também faz oposição a nova Revolução Verde apregoada na promoção dos transgênicos, que apesar dos argumentos da sua inocuidade à saúde humana e meio ambiente, proferidos pelas corporações detentoras da sua tecnologia e cientistas e estas vinculados, tem se colocado como uma ameaça ao meio ambiente, à biodiversidade do planeta, à saúde humana, e à viabilização de modelos mais eqüitativos e sustentáveis de ocupação da terra, produção e comercialização dos alimentos. Vale salientar que a pressão pelo uso de tal tecnologia contradiz ainda o princípio da precaução, referido pela bioética (tema que tem balizado grande parte das discussões na atualidade), seja pela insuficiência de estudos a respeito, o reduzido

²⁵ Documento resultante da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD), realizada no Rio de Janeiro, em junho de 1992. Trata-se de um programa a ser implementado para viabilizar a adoção do desenvolvimento sustentável e ambientalmente racional em todos os países ao longo do século XXI, a partir das iniciativas dos governos, em todos os seus níveis, das ONG's e demais instituições da sociedade civil, com o apoio das Nações Unidas, e das demais instituições multilaterais e nacionais de fomento ao desenvolvimento sócio-econômico.

tempo para avaliação dos seus impactos, como pelas evidências de nocividade já relatadas em algumas pesquisas (CAVALLI; 2001; MALUF, 2001; BELIK, 2003).

A noção de soberania alimentar surgiu com força nos debates sobre a segurança alimentar na Cúpula Mundial de Alimentação em 1996. Tal conceito está relacionado com a autonomia que cada país tem de definir suas próprias políticas e estratégias de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o Direito à Alimentação para toda a população, sendo associado à geração de emprego dentro do país e à menor dependência das importações e flutuações de preços do mercado internacional. Também coloca em alto grau de importância a preservação da cultura e hábitos alimentares locais, e do patrimônio natural. Isto implica em medidas de fortalecimento do mercado interno, da agricultura de base familiar, ocupação social da terra, promoção da educação nutricional considerando a propagação da cultura alimentar, e o uso sustentável dos recursos naturais, contemplando a conservação do patrimônio genético (MALUF, 2001; BELIK, 2003; CONSEA, 2004a).

O Relatório de Desenvolvimento Humano, divulgado pelo PNUD em 2000, mostrou que apesar de importantes avanços nos padrões de vida, quase 800 milhões de pessoas no mundo padecem de fome e insegurança alimentar. Não obstante o Direito Humano à Alimentação Adequada junto à erradicação da fome e desnutrição haverem sido acordadas em diversos tratados internacionais, na prática, a maioria dos governos não os tem tratado como uma prioridade. Tal descaso implica na violação deste direito fundamental, que pode ser verificada diariamente, em inúmeras circunstâncias nos países em desenvolvimento, e, embora em um grau menos elevado, também nos países desenvolvidos (FRANCESCHINI, 2003).

A premissa do Direito Humano à Alimentação enfrenta ampla gama de dificuldades para o seu real estabelecimento. Na perspectiva do liberalismo político, em que os cidadãos são entendidos como indivíduos capazes de garantir seu acesso aos bens fornecidos preferencialmente no contexto de mercado, e dando seguimento à consagração das liberdades individuais, o direito à alimentação, de forma geral, é delimitado como direito de consumidores. E embora tal direito possua valor inegável, não finda a necessidade da consolidação de um sistema de segurança alimentar e nutricional além do âmbito do mercado, pois para a distribuição e acesso aos alimentos

de forma a garantir equidade nutricional e de alimentação saudável é necessário envolver mecanismos não previstos na lógica estrita do mercado (BURLANDY; MAGALHÃES, 2004).

Acrescente-se que em países como o Brasil ainda são extremamente fortes os laços clientelistas entre os pobres e ricos, que se estabelece não só nas relações político-partidária em épocas de eleições, mas de forma geral na sociedade entre cidadãos de diferentes níveis socioeconômicos, a partir do pressuposto do mérito e da subserviência de quem não “alcançou o prestígio social”. Isto implica que o acesso aos bens, incluindo a alimentação nesta categoria, deve ser consequência de atos prévios, se não pela conquista formal por meio do trabalho legalizado, pela oferta de favores, lealdade, ou submissão a subempregos, que desconsideram também os direitos trabalhistas (FRANCESCHINI, 2003; COMITÊ DE SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL, 2005).

Apesar de não explícito, tal pressuposto pode se considerar incorporado no inconsciente coletivo, principalmente nas sociedades fundamentadas no neoliberalismo e capitalismo, onde se consagra o indivíduo através do esforço, competição e mérito, que se reflete no seu poder de compra de bens, serviços e pessoas de “menor *status*” (FRANCESCHINI, 2003; COMITÊ DE SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL, 2005).

Coloque-se ainda um paradoxo do pensamento capitalista neoliberal, na qual ao mesmo tempo em que gera condições de instabilidade social, apresenta um discurso humanitário, reconhecendo o dever moral de prestar assistência aos excluídos. No entanto, tal discurso não reconhece os direitos dos assistidos, subordinando as políticas sociais aos moldes do mercado, tornando-as despolitizadas, privatizadas, pautadas na filantropia, pretendendo ocupar espaços que legitimamente pertenceriam ao discurso da cidadania e dos direitos na esfera pública. Esta lógica pode ser exemplificada pelo Programa Comunidade Solidária e seus desdobramentos (YASBEK, 2004).

O Direito à Alimentação Saudável contradiz estes tipos de relações na medida em que prevê o acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes e de modo permanente, ou seja, regular, sem oscilação de oportunidade, não como um bem a ser angariado, mas como uma condição primordial do ser humano (FRANCESCHINI,

2003). Parafraseando Josué de Castro: “O homem deve se alimentar bem não porque produz mas porque é humano”.

A incorporação de uma abordagem de Direitos Humanos implica em obrigações do Estado para com seus cidadãos, bem como a participação ativa destes na articulação, planejamento, implementação e avaliação de políticas. Por serem os pobres os mais suscetíveis tanto a insegurança alimentar como a serem a parte mais frágil de relações clientelistas, minando sua noção de direitos, atualmente se fala no seu empoderamento para a efetiva superação da insegurança alimentar (FRANCESCHINI, 2003).

Além disso, na perspectiva dos Direitos Humanos um direito não deve se sobrepor a outro, por exemplo, a garantia da alimentação saudável não pode implicar no não acesso à educação ou à saúde. Desta forma, a implementação de um sistema de Segurança Alimentar e Nutricional fundamentado no Direito Humano à Alimentação Saudável constitui um avanço epistemológico na formulação das políticas institucionais, e a escolha de um eixo estratégico de desenvolvimento que tem por objetivo final, acima de quaisquer benefícios de ordem econômica, o bem estar social (FRANCESCHINI, 2003; BURLANDY; MAGALHÃES, 2004).

2.2.1. Mensuração da Segurança Alimentar e Nutricional

Por se tratar de um conceito complexo, em interface com diversos e diferentes segmentos, para medir e avaliar a segurança alimentar e nutricional também é necessário o uso de diversas metodologias, além do desenvolvimento de outras. Em nível internacional, a SAN é comumente mensurada por cinco métodos: o método da FAO para estimar as calorias disponíveis *per capita*; pesquisas de renda e gastos domiciliares; pesquisa de consumo alimentar; antropometria; e percepção da insegurança alimentar (IA) no domicílio.

O método da FAO pode utilizar Folhas de Balanço de Alimentos (registro da situação de oferta e demanda de alimentos) e Pesquisas de renda e gastos no domicílio, considerando como parâmetros para análise a ingestão calórica média *per capita*, o coeficiente de variação desta ingestão (visando a obtenção da curva de

distribuição do consumo de energia), e o ponto de corte que estabelece o requerimento calórico mínimo *per capita*. Este método é bastante utilizado para a mensuração da disponibilidade de alimentos em nível nacional, podendo determinar a disponibilidade de calorias *per capita* dia em um país, e por ser de baixo custo e quase todos os países disporem dos dados necessários, permite a comparação entre países e do mesmo país ao longo do tempo. Vale salientar que este método é inoperante para verificação do acesso aos alimentos, sua qualidade, bem como sua observação em níveis micro, como o familiar (PEDRAZA, 2004; PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

A Pesquisa de renda e gastos familiares compreende a realização de entrevistas nos domicílios, na intenção de verificar a quantia utilizada pela família com alimentação e com outras necessidades básicas em um período de referência (geralmente a última semana, as últimas semanas ou o último mês). Para interpretação dos resultados são necessários os parâmetros: quantidade dos alimentos comprados para consumo dentro e fora de casa e seus preços; alimentos recebidos de terceiros, como doação ou pagamento de trabalho; alimentos para consumo adquiridos por produção própria; média de calorias disponíveis no domicílio por dia e por pessoa (PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

Os dados obtidos refletem os alimentos disponíveis, e não os consumidos, devido às dificuldades da obtenção do consumo exato de alimentos no domicílio e fora dele, o que também impede a identificação do risco de IA individual, ainda mais por trabalhar com médias enquanto as necessidades são diferenciadas. Outras dificuldades são referentes à periodicidade, pois não necessariamente os alimentos comprados em determinado período foram consumidos no mesmo e vice-versa, além de ser uma metodologia de elevado custo e baixa padronização entre os países. No entanto, permite identificar domicílios com IA, o que é útil para a construção de mapas de risco, assim como verificar o risco de baixo consumo energético, a qualidade da alimentação e a vulnerabilidade do domicílio à IA, e também avaliar programas de suplementação alimentar e políticas de combate à pobreza (PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

A pesquisa de consumo alimentar individual é útil para a identificação dos indivíduos em risco de IA. Por se basear na mensuração direta do consumo de alimentos é capaz de detectar problemas tanto em termos quantitativos (calorias) como

qualitativos (macro e micronutrientes). Suas dificuldades são relativas a vieses de memória e de noção de quantidade dos entrevistados, variação da dieta, custo elevado do método, impossibilidade de determinação da biodisponibilidade dos nutrientes e dúvidas quanto aos requerimentos ideais de muitos nutrientes. (PÉREZ-ESCAMILLA, 2006). Todas essas dificuldades levam a muito dissenso entre os pesquisadores, tornando essa metodologia pouco padronizada, dificultando a comparação entre diferentes estudos.

A antropometria é definida como a mensuração do tamanho, proporções e composição do corpo humano. Apresenta vantagens por ser um método largamente utilizado, de menor custo do que as avaliações dietéticas, e permitindo o monitoramento desde o nível individual até o nacional. Entretanto, apesar de ser um excelente indicador de risco nutricional e de saúde, não pode ser considerado um indicador direto da insegurança alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

A prevalência de desnutrição (leia-se déficits antropométricos) tem sido considerada por alguns como o diagnóstico da fome, o que segundo os resultados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2004) para o estado nutricional de adultos brasileiros, e a tendência da desnutrição infantil observada nas últimas pesquisas nacionais, colocaria o Brasil como isento de uma situação de fome em níveis preocupantes.

Entretanto, os déficits antropométricos refletem um momento tardio das privações alimentares, e sua consideração como fator único implica na desconsideração das adaptações biológicas que permitem a maior eficiência metabólica para economia de energia, acarretando na possibilidade de encontrar eutrofia ou até mesmo obesidade em indivíduos que passam por restrições alimentares (BURLANDY, 2003; CABALLERO, 2006).

Com relação a isto, o estudo de Tonial (2001) no Maranhão encontrou valores semelhantes de baixo peso e sobrepeso/obesidade em mulheres de baixa renda, teoricamente mais vulneráveis a fome e a desnutrição, e Townsend e outros (2001) observaram a associação de baixo peso em adultos com uma situação de IA grave e de sobrepeso em adultos com condições de IA moderada.

Além disso, a fome (principalmente se considerada no âmbito da SAN) não se restringe a um fato biológico, como expõe Valente (2002 apud BURLANDY, 2003): *Quem é capaz de afirmar que um ser humano forçado a sobreviver de restos de alimentos ou ração animal, ainda que não tenha sido afetado biologicamente, de forma que os indicadores antropométricos ou clínicos sejam capazes de detectar, não passa fome?*

Com a constatação da insuficiência dos indicadores indiretos para a identificação de populações sob risco de insegurança alimentar, tem-se buscado o desenvolvimento de metodologias que procurem melhor refletir essa situação.

Na década de 80 foi desenvolvida a metodologia da percepção alimentar, a partir de iniciativas de pesquisadores da Universidade de Cornell nos Estados Unidos, os quais aplicaram métodos qualitativos para compreender a insegurança alimentar entre mulheres pobres que haviam passado por esta situação. Os resultados da pesquisa fundamentaram o desenvolvimento de uma escala de 10 perguntas que compreendia a percepção de preocupação com a suficiência e qualidade da alimentação. Os resultados permitiram prever que o processo se inicia com um estímulo negativo que gera uma redução na qualidade da dieta, o qual se persistir leva a uma redução na quantidade da alimentação, primeiramente entre os adultos, e em seguida entre as crianças (BICKEL; ANDREWS, 2002; PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

Nos anos 90, o Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) liderou a construção de uma escala nacional para mensuração da IA, respaldado em escalas pré-existentes, como a de Cornell e da Community Childhood Hunger Identification Project (CCHIP). A partir de 1995, a USDA adotou oficialmente a nova escala, que passou a ser acrescentada na pesquisa telefônica mensal do Departamento do Censo e na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (NHANES). A escala é constituída por 15 itens e 3 sub-itens, para os domicílios com menores de 18 anos, e 10 itens para aqueles sem menores de idade. Os domicílios são classificados como: seguros, IA sem fome, IA com fome moderada, IA com fome grave (BICKEL; ANDREWS, 2002; PÉREZ-ESCAMILLA, 2006).

No Brasil, a SAN foi avaliada pela primeira vez pelo método da percepção alimentar através de uma investigação suplementar à Pesquisa Nacional por Amostra

de Domicílios de 2004 (PNAD - IBGE). A pesquisa avaliou a condição domiciliar de segurança alimentar em âmbito nacional, seguindo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), a qual foi o resultado da adaptação e validação da escala da USDA. A escala contém 15 perguntas, nove relativas aos adultos e seis às crianças, prevendo a classificação dos domicílios em quatro categorias: segurança alimentar (SA); insegurança alimentar leve (IA leve); insegurança alimentar moderada (IA moderada); e insegurança alimentar grave (IA grave).

Segundo os resultados da pesquisa, em 65,2% dos domicílios particulares brasileiros (51,8 milhões) havia segurança alimentar. Dos 18 milhões de domicílios em insegurança alimentar (34,8%), 3,4 milhões (6,5%) foram classificados em insegurança alimentar grave. Nos domicílios onde foi encontrada segurança alimentar residiam 109 milhões de pessoas, enquanto naqueles em situação de insegurança haviam 72 milhões de indivíduos (IBGE, 2006a).

A pesquisa confirmou a desigualdade regional do país, encontrando maior insegurança alimentar nas regiões Nordeste e Norte, com proporções de 53,6% e 46,3% respectivamente, enquanto a média nacional foi 34,8%. O estado com maior insegurança alimentar foi Roraima, com 68,7% (IBGE, 2006a).

Foi observado que a insegurança alimentar era proporcional à diminuição da faixa etária dos moradores do domicílio, ou seja, naqueles com presença de menores de 18 anos, e principalmente aqueles com crianças, a insegurança alimentar foi maior. Também se verificou que a insegurança alimentar é reforçada e/ou reforça a desigualdade de gênero e raça no país. Os domicílios nos quais a mulher estava na condição de chefe de família apresentaram menor nível de segurança alimentar, o que também foi observado na população negra e parda em relação à branca (IBGE, 2006a).

Os dados da pesquisa também confirmam a associação da renda com a segurança alimentar. Havia segurança alimentar em apenas 17,5% dos domicílios com renda *per capita* mensal de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo (R\$ 65,00 na época da pesquisa), com proporção de insegurança alimentar moderada ou grave alcançando 61,2% dos domicílios nesta faixa de renda, enquanto ocorria em apenas 1% daqueles com renda *per capita* mensal acima de três salários mínimos. Foi observado maior insegurança alimentar na população urbana do que na rural em todas as faixas de renda, com

exceção da população sem rendimento ou com rendimento não declarado, na qual a IA foi superior nas zonas rurais (IBGE, 2006a).

A desigualdade de rendimentos afetou o padrão de segurança e insegurança alimentar em todas as regiões do país. Por exemplo, na Região Nordeste 25,6% de sua população vivia sem rendimento ou com rendimento de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, ocorrendo IA grave em quase um terço desta, enquanto esta ocorrência era inferior a 1% nos estratos de renda superior a 2 salários mínimos *per capita* na mesma região (IBGE, 2006a).

Por fim, os dados da pesquisa mostram alta proporção de insegurança alimentar naqueles domicílios que recebiam benefício de algum programa de transferência de renda. Entre os domicílios em que algum morador recebeu dinheiro de programa social, havia segurança alimentar em 34%, enquanto naqueles que não havia beneficiários de programas de transferência de renda, a SA alcançava 71,2% dos domicílios. Dos beneficiários de algum programa governamental, 52,1% eram da região nordeste, 22,7% do Sudeste, 10,7% do Sul, 8% do Norte e 6,5% do Centro-Oeste, havendo insegurança alimentar em 73% dos beneficiários do Norte, 72,6% do Nordeste, 58,2% do Sudeste, 54,8% do Centro-Oeste, e 52,3% do Sul. Entre aqueles que afirmaram não serem beneficiários de nenhum programa, foi encontrada insegurança alimentar em 44,4% dos domicílios no Nordeste, 40,3% no Norte, 27,2% no Centro-Oeste, 24% no Sudeste e 19,7% no Sul (IBGE, 2006a).

2.3. Renda Mínima: o Programa Bolsa Família

Os programas de renda mínima surgiram diante de uma nova realidade de pobreza nos países centrais da Europa. O sistema de proteção social vigente nestes países, o *Welfare State*, baseado no pleno emprego e no desemprego temporário, passou a não ser mais capaz de atender a uma demanda crescente de novos pobres (Schottz, 2005).

Houve uma crise de paradigma a partir do momento que a pobreza, antes restrita aos cortiços e favelas, e fortemente associada à noção de fracasso e incapacidade em conseguir o próprio meio de subsistência, chegou às famílias que nunca haviam vivido em condições de miséria, devido à perda de seus empregos e manutenção desta condição por longo período de tempo (SCHOTTZ, 2005).

Os programas de renda mínima podem ser conceituados como: “transferências monetárias a indivíduos ou famílias, com ou sem condicionalidades, complementando ou substituindo outros programas sociais, com vistas a garantir um patamar mínimo de satisfação das necessidades básicas” (SILVA e SILVA, 1996 apud SCHOTTZ, 2005).

Silva e Silva (1996 apud SCHOTTZ, 2005), identificaram três matrizes ideológicas principais ao analisarem os fundamentos de experiências de renda mínima: 1. neoliberal, comportando programas residuais elaborados a partir de estratégias compensatórias, de substituição das políticas de proteção social; 2. progressista/distributivista, contemplando programas mais universais, fundamentados nos direitos de cidadania e complementares ao sistema de proteção social; 3. inserção social, a renda mínima como um meio de inserção social e capacitação profissional dos cidadãos. Os programas podem ainda se apresentar mesclados, sendo construídos a partir de componentes das diferentes matrizes.

A partir da década de 90, países da América Latina e Caribe incluíram programas de transferência de renda em suas estratégias de combate à fome e à pobreza, com destaque para o PROGRESA no México, o PRAF em Honduras e o RPS na Nicarágua (DAVIS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) foi instituído em 1996 como um programa nacional de combate à pobreza, e com o objetivo agregado de elevar o capital humano. O programa selecionou famílias de comunidades pobres em um processo com três etapas (seleção de comunidades pobres, baseado no censo nacional; seleção de famílias, baseado no censo dos moradores da comunidade; confirmação ou rejeição das famílias selecionadas em assembléias na comunidade). A transferência de renda é condicionada ao atendimento escolar aos filhos, assistência à saúde básica a todos os membros da família e aulas de saúde pública aos adultos. (DAVIS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O *Programa de Asignación Familiar* (PRAF) ocorreu em duas fases. A primeira teve início em 1990, conformada como uma rede de proteção para compensar os danos sociais de ajustes macroeconômicos. Foi constituído por vários programas: o bônus educacional de fortalecimento institucional (BE), o programa bônus de maternidade infantil (BMI) e alguns fundos para treinamento ocupacional. Foi finalizado quando se esgotou o empréstimo concedido pelo Banco Mundial. A fase II foi iniciada em 1998 e implementada no ano 2000, a partir da concessão de US\$ 45 milhões do BID e US\$ 5 milhões de fontes nacionais. Compreendia dois conjuntos de transferências: o primeiro às crianças em fase escolar (6 a 12 anos), condicionado à freqüência destas à escola; e o segundo às mulheres grávidas e crianças menores de três anos, devendo ser acompanhadas nos serviços básicos de saúde. O programa permite o teto de dois beneficiários por família, e também provê recursos para escolas e centros de saúde, para dar condições aos serviços de suprirem as necessidades do aumento de demanda (DAVIS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O *Red de Protección Social* (RPS) iniciou sua fase piloto em 2000, com expansão do programa iniciada em 2002. Este programa trata-se de uma rede de proteção social com o objetivo de incrementar o capital humano de crianças em situação de extrema pobreza nas zonas rurais da Nicarágua. As intervenções são dirigidas tanto à oferta como a demanda, em especial com transferências de renda às famílias selecionadas (através de um delineamento randômico de base comunitária), e incentivos financeiros às escolas e serviços de saúde. Entre seus objetivos específicos estão a elevação dos gastos com alimentação, melhora do perfil nutricional e de saúde

de menores de cinco anos, e a redução da evasão escolar nos primeiros quatro anos da educação infantil. Para isto estão associadas as condicionalidades do acompanhamento do crescimento infantil e freqüência às escolas, e para os adultos, freqüência às sessões de treinamento em práticas nutricionais e de saúde (DAVIS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, como o sistema de proteção social conformou-se de forma fragmentada, as novas facetas da pobreza somaram-se às velhas questões não resolvidas, e diferente dos países desenvolvidos também atingem indivíduos e famílias inseridos no mercado formal de trabalho, e se manifestando em significativa parcela da população de forma a não haver garantia nem de condições mínimas de sobrevivência (SCHOTTZ, 2005).

Diante deste contexto, os programas de renda mínima surgem no país como estratégia de combate à pobreza, e tem na figura do Senador Eduardo Suplicy um dos principais pioneiros no debate acerca desta modalidade de intervenção. Este foi responsável pelo Projeto de Lei 80/91, o qual define que todo cidadão acima de 25 anos com renda *per capita* inferior a determinada linha de pobreza tem direito a uma renda mínima incondicional, com um valor que não seja alto o suficiente para gerar desestímulo ao trabalho (SCHOTTZ, 2005).

O projeto foi aprovado no Senado, mas recebeu muitas críticas relacionadas à viabilidade de financiamento e as reais condições para sua implementação. Assim, a proposta de renda mínima foi flexibilizada e substituída pelo formato de transferência de renda, o qual se expandiu com as características de ter foco em famílias com crianças e escolares, e vinculando o recebimento do benefício ao cumprimento de condicionalidades (SCHOTTZ, 2005).

O primeiro programa do Brasil que pode ser classificado na modalidade de transferência de renda na verdade é anterior a esta discussão, é o Renda Mensal Vitalícia, criado na década de 70 e substituído, através do Decreto n° 1.744 de 11 de dezembro de 1995, pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC). Este consiste na transferência de um salário mínimo aos idosos (acima de 65 anos) ou portadores de deficiência com renda *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo e não vinculados a nenhum regime de previdência social (SUPLICY, 2003; SCHOTTZ, 2005).

Outro programa criado nessa linha, no período FHC, é o Criança Cidadã, implementado a partir de 1996 e elaborado em resposta às denúncias de trabalho infantil no país e pressão de organismos internacionais, em especial da Organização Internacional do Trabalho (OIT). O programa visava o incentivo à erradicação do trabalho infantil através da concessão de benefício financeiro às famílias de crianças e adolescentes que estavam em situação de trabalho precoce, devendo estas abandonar suas atividades laborativas e freqüentar a escola. No princípio o programa atendia as zonas rurais do Mato Grosso, Pernambuco, Bahia, Rondônia, e norte do Rio de Janeiro (SCHOTTZ, 2005).

Posteriormente, o programa foi substituído pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), com o objetivo de erradicar as consideradas piores formas de trabalho infantil no país²⁶. Neste programa os órgãos gestores municipais de Assistência Social devem realizar o levantamento dos casos de trabalho infantil e registrar as famílias no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal, informando a atividade exercida pelas crianças. O programa transfere uma renda de R\$ 40,00 por criança (faixa etária dos 7 aos 15 anos) às famílias na zona urbana e R\$ 25,00 na zona rural (SUPLICY, 2003; SCHOTTZ, 2005; MDS, 2007).

Além da transferência de renda às famílias, o programa destina R\$ 20 às áreas rurais e R\$ 10 às áreas urbanas municipais (por criança ou adolescente), para que estes executem as ações necessárias à permanência das crianças e adolescentes na chamada Jornada Escolar Ampliada, a qual desenvolve em período extracurricular atividades de reforço escolar, alimentação, ações esportivas, artísticas e culturais. As contrapartidas exigidas das famílias são: a freqüência mínima das crianças e adolescentes na escola e na jornada ampliada (75% do período total), afastamento definitivo das crianças e adolescentes menores de 16 anos do trabalho, e participação das famílias nas ações socioeducativas e de ampliação e geração de renda que lhes forem oferecidas (MDS, 2007).

²⁶ Caracterizadas por serem perigosas, penosas, insalubres ou degradantes. Como exemplo podem ser citadas as atividades em carvoarias, olarias, no corte de cana-de-açúcar, nas plantações de fumo e lixões.

Tanto o BPC como o PETI originalmente estavam sob a responsabilidade do Ministério da Assistência Social, e a partir da sua extinção foram transferidos para o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS, 2007).

Os programas de transferência de renda receberam grande fomento a partir de 1995, quando começou a haver iniciativas de implementação nos níveis municipais e estaduais²⁷. Estes possuíam características diferentes quanto aos critérios de seleção e inclusão, valor do benefício, operacionalização, vínculo institucional, contrapartidas, avaliação e monitoramento. Alguns estudos mostraram que os programas de transferência de renda estavam limitados a municípios com maior capacidade financeira, e ainda assim estes não possuíam condições de atender toda a demanda local. Diante disso, com a aprovação da Lei nº 9.533/97 foi estabelecida uma co-participação do Governo Federal (cerca de 50%) nos programas municipais de transferência de renda, através do Ministério da Educação (MEC) (SCHOTTZ, 2005).

Em fevereiro de 2001, o programa foi reorganizado, ganhado âmbito nacional, e chamado de Bolsa-Escola (Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação). Foi direcionado às famílias com renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo e com filhos em idade escolar (7 a 14 anos), transferindo a quantia de R\$ 15,00 mensais por cada criança matriculada na escola, com benefício máximo de três crianças por família (R\$ 45,00), e devendo a família garantir que a criança tivesse uma frequência escolar mínima de 85%. Era de responsabilidade da prefeitura monitorar a frequência das crianças beneficiárias e repassar trimestralmente os dados de frequência ao MEC, através de um Relatório de Frequência Escolar disponibilizado pela Caixa Econômica Federal, e após este ser submetido ao Conselho de Controle Social do Bolsa Escola. A inovação do programa foi a adoção da transferência diretamente aos beneficiários, através de cartão bancário, eliminando a intermediação da prefeitura, reduzindo assim o risco de fraudes e ampliando o programa a qualquer município que desejasse aderir (SUPLICY, 2003; SCHOTTZ, 2005).

²⁷ As iniciativas pioneiras foram o Programa Municipal de Garantia de Renda Mínima, em Campinas; o Programa de Garantia de Renda Mínima, de Ribeirão Preto; e o Programa Bolsa Escola, no Estado de São Paulo e em Brasília, no Distrito Federal. A experiência do Distrito Federal, no governo de Cristovam Buarque, teve forte influência na elaboração do Bolsa Escola Federal.

Ainda neste período (governo de Fernando Henrique Cardoso) foram criados o já referido Bolsa Alimentação, na área de Alimentação e Nutrição, e os programas Agente Jovem e Vale-Gás.

O Programa Agente Jovem também foi instituído em 2001, e foi direcionado aos jovens na faixa etária de 15 a 17 anos, de famílias com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo. Era realizado o repasse de uma bolsa no valor de R\$ 65,00, devendo o jovem estar matriculado na rede de ensino, ter uma frequência superior a 75% das aulas e participar de atividades comunitárias (SUPLICY, 2003; SCHOTTZ, 2005).

O Programa Vale-Gás ou Auxílio-gás foi o último da era FHC, criado pela Lei 10.453 de 2002, e atendia famílias com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, ou incluídas em algum programa social do governo. Este repassava um valor de R\$ 14,00 bimestrais para auxiliar na compra do gás de cozinha, como forma de compensar as conseqüências da liberalização comercial dos derivados de petróleo e a retirada do subsídio do gás de cozinha (SUPLICY, 2003; SCHOTTZ, 2005).

Seguindo o processo de descentralização, os programas exigiam a co-participação dos Estados e Municípios, e como os modelos implementados em outros países da América Latina, exigiam contrapartidas dos beneficiários com vistas a aumentar a utilização dos serviços públicos de educação, cultura e saúde, e conseqüentemente, elevar o capital social. Houve críticas na condução dos programas, relacionadas principalmente ao baixo valor do benefício, baixa cobertura da população potencialmente beneficiária, falta de transparência no cadastramento e seleção dos beneficiários, com problemas de má focalização, duplicação de cadastros, uso eleitoral etc (SCHOTTZ, 2005).

Como exposto anteriormente, o governo Lula manteve a modalidade de transferência de renda como uma das principais estratégias de política social, conformada na estrutura do Programa Fome Zero, no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional.

No início do governo, foi lançado um novo programa de transferência de renda, o Programa Cartão Alimentação, o qual previa em suas ações além da complementação de renda com R\$ 50,00 às famílias em extrema pobreza, a participação de seus membros em cursos de alfabetização de adultos, requalificação profissional, prestação

de serviços comunitários, entre outros. O programa beneficiou prioritariamente municípios pequenos e com elevada proporção de pobreza, em especial no Nordeste e em algumas áreas do Sudeste. Para sua implementação em nível local, exigia a criação de um Comitê Gestor composto pela sociedade civil com as atribuições de realizar a captação, cadastramento e seleção das famílias beneficiárias, e o controle social do programa (CONSEA, 2004; SILVA, 2006).

Embora os programas de transferência de renda condicional tenham conquistado avanços como uma estratégia de combate à fome e à pobreza, semelhantemente a outros modelos de intervenção utilizados no Brasil, ainda eram caracterizados pela fragmentação, paralelismo, sobrefocalização de beneficiários, baixa cobertura, frágil controle social, e devido a diversificação de programas havia também a duplicação na administração dos recursos, o que aumentava a burocracia e absorvia recursos que poderiam estar disponíveis para o beneficiamento de outras famílias (Schottz, 2005).

Com o objetivo de superar estas dificuldades, e consolidar a transferência de renda condicionada como intervenção para o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional, o governo unificou os programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação, transformando-os no Programa Bolsa Família (PBF) (CONSEA, 2004; SILVA, 2006).

O Programa Bolsa Família foi criado através da Medida Provisória n° 132, de 20 de outubro de 2003 e ratificado pela Lei n° 10.386, de 9 de janeiro de 2004. O programa se propôs a realizar a gestão integrada do conjunto de programas de complementação de renda, e assim reduzir custos gerenciais e a duplicidade de pagamentos, corrigindo as distorções de famílias que recebiam benefícios de mais de um programa, enquanto outras não recebiam nenhum benefício. Além disso, manteve as condicionalidades referentes à área de saúde e educação, previstas nos programas anteriores (CONSEA, 2004; SCHOTTZ, 2005; SILVA, 2006).

O programa fundamenta-se na articulação de três dimensões: o alívio imediato da pobreza; fortalecimento do exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação; e ação integrada e intersetorial com e nos três níveis de governo junto à sociedade civil para a implementação dos chamados Programas Complementares (geração de emprego e renda, alfabetização de adultos, fornecimento de registro civil e

demais documentos etc). Desta forma, seu objetivo final é a emancipação das famílias pobres através da articulação de ações emergenciais e estruturais, através da incorporação ao benefício financeiro de ações que promovam a elevação do capital social e do acesso aos serviços de saúde e educação (SCHOTTZ, 2005; MDS, 2006).

O PBF concede um benefício fixo de R\$ 50,00 às famílias consideradas em extrema pobreza, que possuíam renda *per capita* de até R\$ 60,00, e um benefício variável de R\$ 15,00 por cada criança (0 a 15 anos), gestante ou nutriz com filho até 6 meses de idade (máximo de R\$ 45,00), pertencentes à famílias consideradas pobres ou extremamente pobres, com renda *per capita* de até R\$ 120,00²⁸. Desta forma o programa concede o mínimo de R\$ 15,00 e o máximo de R\$ 95,00. Uma inovação do PBF é que ele amplia seu público potencial, considerando as famílias independentemente de sua composição familiar, incluindo as só formadas por adultos ou com adolescentes e jovens fora da faixa etária prevista nos programas anteriores (SCHOTTZ, 2005; MDS, 2006).

A inclusão das famílias no PBF ocorre através da sua inscrição no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal (o CadÚnico). O município realiza o cadastramento das famílias através de um formulário padronizado nacionalmente, contendo informações relativas à identificação da família e de seus membros, identificação e características da residência, renda e despesas da família, informações sobre propriedade, participação em programas sociais, entre outras. O MDS recomenda que a entrevista para inclusão no CadÚnico seja realizada na residência da família, e na sua impossibilidade, que a Prefeitura organize por demanda populacional, disponibilizando postos de atendimento, e com divulgação prévia à população da data, horário, local e documentação necessária (MDS, 2006).

Os dados do cadastramento devem ser enviados por meio eletrônico à base nacional do CadÚnico, a qual envia à Prefeitura um arquivo retorno indicado o processamento ou rejeição dos cadastros. Com a inclusão no CadÚnico, é gerado um Número de Identificação Social (NIS) para cada família, o qual será utilizado para a sua

²⁸ Até o início de 2006 eram consideradas pobres famílias com renda *per capita* até R\$ 100,00, e extremamente pobres aquelas com renda *per capita* de até R\$ 50,00. A partir do Decreto n° 5.749 de 11 de abril de 2006 passou-se a considerar o novo teto para classificar as famílias como pobres e extremamente pobres, para fins de cadastramento no programa e determinação do valor do benefício repassado.

identificação como potencial beneficiária de programas sociais. Os dados das famílias cadastradas devem ser atualizados em uma periodicidade mínima de dois anos ou sempre que houver alterações na situação da família ou por modificações programadas pelo MDS. A inclusão no PBF ocorre se a família atender aos requisitos de renda previstos no programa e de acordo com a disponibilidade orçamentária (MDS, 2006).

Com a inclusão no PBF, a família recebe um cartão magnético da Caixa Econômica Federal (CEF), e como nos programas anteriores, este nomeia preferencialmente a mulher como titular, devido ao pressuposto de sua melhor capacidade de racionalização do orçamento doméstico. A entrega dos cartões pode ser realizada na CEF através de agendamento, ou, no caso da inexistência de uma agência local da CEF, a prefeitura deve organizar um momento para que as famílias recebam seus cartões. No momento do recebimento, o titular cadastra uma senha e passa a receber mensalmente o benefício. Inicialmente foi priorizada a migração das famílias beneficiárias dos programas anteriores, chamados remanescentes, sendo que aquelas que ainda não passaram para o PBF continuam a receber o benefício referente ao programa que está vinculada, mas sem poder receber novos benefícios (SCHOTTZ, 2005; MDS, 2006).

A unificação dos programas levou a unificação das agendas de compromissos que as famílias beneficiárias devem cumprir. Assim, as contrapartidas dos beneficiários compreendem:

Gestantes – realizar o pré-natal, cumprindo o calendário mínimo orientado pelo Ministério da Saúde, e participar das atividades oferecidas pela equipes de saúde sobre amamentação e promoção da alimentação saudável.

Responsáveis pelos menores de 15 anos – manter atualizado o calendário de vacinação; levar as crianças aos serviços de saúde para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e outras ações, portando o cartão da criança; efetuar a matrícula escolar dos dependentes de 6 a 15 anos e garantir uma frequência mínima de 85% da carga horária mensal do ano letivo, informando sempre à escola no caso de impossibilidade da presença do aluno à aula, com a devida justificativa. Informar ao órgão gestor municipal do Cadúnico qualquer alteração referente aos dados do cadastro original, como mudança de endereço, da escola das crianças etc (MDS, 2006).

Como já referido, o programa prevê que sua gestão seja realizada de forma pactuada, intersetorial e descentralizada. Desta forma, os diferentes setores e níveis devem atuar conjuntamente em benefício das famílias e considerando a realidade local (SCHOTTZ, 2005; MDS, 2006).

No âmbito Federal, com o objetivo de atender a estas prerrogativas, foi criado o Conselho Gestor do Programa Bolsa Família, formado pelos ministros do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, Saúde, Fazenda, Planejamento e Casa Civil, e pelo presidente da Caixa Econômica Federal. Ao Conselho compete “formular e integrar políticas públicas, definir diretrizes, normas e procedimentos para o desenvolvimento e implementação do PBF, e apoiar iniciativas de políticas sociais públicas que visem o fomento ao desenvolvimento das famílias beneficiárias” (MDS, 2006).

O MDS preside o Conselho, e através da Secretaria Nacional de Renda da Cidadania (SENARC) é responsável pela gestão e operacionalização do programa em âmbito Federal. Os Ministérios da Educação e Saúde são responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização da verificação do cumprimento das condicionalidades (MDS, 2006).

No âmbito estadual e municipal o acompanhamento do PBF também deve ser realizado de forma intersetorial, com a atuação conjunta dos representantes das áreas de assistência social, saúde, educação, segurança alimentar e outras.

Os Estados tem o importante papel de oferecer condições aos municípios na implementação do PBF, através de capacitações e apoio técnico, logístico e estrutural para o cadastramento e gestão do programa; além de ter responsabilidade na implementação da agenda de desenvolvimento local ou regional, ou seja, dos Programas Complementares (MDS, 2006).

Aos municípios compete: a indicação de um gestor responsável pelo PBF, e de técnicos dos setores de saúde e educação responsáveis pelo repasse das informações de acompanhamento das famílias aos níveis superiores de gestão; o cadastramento das famílias no CadÚnico; a formação e apoio da instância de controle social do programa, ou delegar esta atividade a outra instância preexistente; acompanhar periodicamente o cumprimento das condicionalidades, provendo os serviços

necessários às famílias; gerenciar, na sua esfera de competência, o pagamento dos benefícios, e ações de bloqueio, desbloqueio, e cancelamento do benefício; realizar o acompanhamento social das famílias beneficiárias, especialmente as mais vulneráveis, através da articulação do PBF com outras políticas municipais que colaborem na inserção e desenvolvimento social dos beneficiários (MDS, 2006).

Com a intenção de fomentar a gestão descentralizada do PBF, em 27 de abril de 2006 o MDS publicou a Portaria de nº 148, que além de estabelecer normas, critérios e procedimentos de apoio à gestão do PBF e do CadÚnico no âmbito municipal, criou o Índice de Gestão Descentralizada (IGD), o qual avalia a gestão dos municípios, atribuindo-lhes valor de 0 a 1, a partir dos indicadores de qualidade relacionados ao CadÚnico (atualização, integridade e qualidade da base de dados), às informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de saúde e de educação. A partir de um IGD de 0,4 os municípios recebem incentivos financeiros que se elevam proporcionalmente ao valor de IGD. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Assistência Social para os Fundos Municipais de Assistência Social, e são destinados a melhoria das atividades relacionadas ao Bolsa Família (Cadastro Único, oferta de serviços e acompanhamento das condicionalidades, incentivo aos programas complementares).

Os dados de acompanhamento das condicionalidades de saúde são informados no SISVAN, repassados pelos municípios ao nível estadual, o qual semestralmente consolida as informações e prepara relatórios com a avaliação do programa no Estado. O registro de acompanhamento da frequência escolar deve ser realizado bimestralmente, em formulário eletrônico disponibilizado pelo MEC. As informações de acompanhamento da saúde e o perfil de IGD dos municípios (Total, do CadÚnico, da Saúde e da Educação) ficam disponibilizadas no endereço eletrônico do MDS (MDS, 2006).

Além da participação dos entes federados na gestão do PBF, deve haver uma instância de controle social (ICS) instituída pelo poder público municipal para realizar o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação do funcionamento e desenvolvimento do programa no nível local, devendo também fomentar a participação comunitária no controle do programa, acompanhar e estimular a oferta de outras políticas públicas para

os beneficiários do programa, e articular-se com a Rede Pública de Fiscalização do programa, formada pelo Ministério Público Federal (MPF), pela Controladoria Geral da União (CGU), e pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com vistas a fiscalizar a transparência e a adequação dos registros e atividades (MDS, 2006).

A ICS deve ter formação paritária, com representantes do governo e de entidades da sociedade civil, devendo estar representados os diferentes setores envolvidos na gestão do programa. O município pode delegar o controle social do PBF a uma instância já existente, relacionada a algum setor envolvido com o programa (Saúde, Educação, Assistência Social), devendo ser respeitados os critérios de paridade e intersetorialidade (MDS, 2006).

Através da Portaria nº 666, de 28 de dezembro de 2005, o MDS vem promovendo a integração entre o PETI e o Bolsa Família. Segundo a Portaria os dois programas continuarão a existir, no entanto a integração prevê o estabelecimento dos seguintes critérios:

PETI – serão mantidas as famílias com renda *per capita* superior a R\$ 120,00, e aquelas com renda *per capita* de até R\$ 120,00 cuja transferência para o PBF implique na redução do valor recebido. As famílias que permanecerem ou forem incluídas no PETI continuarão participando das atividades da Jornada Ampliada.

PBF – serão incluídas no PBF às famílias com situação de trabalho infantil e com renda familiar *per capita* de até R\$ 120,00, e as famílias anteriormente pertencentes ao PETI com renda familiar *per capita* de até R\$ 120,00 e cuja migração não implique na redução do valor recebido, sendo observada a disponibilidade orçamentária e financeira. As famílias nesta situação devem cumprir as condicionalidades relativas à saúde e educação do PBF mais as atividades socioeducativas do PETI. As famílias não poderão permanecer nos dois programas.

Com isto, o MDS pretende ampliar o acesso das famílias com crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil aos benefícios da transferência de renda; ampliar o acesso à jornada ampliada; fortalecer o acompanhamento da frequência à escola e aos serviços de saúde; regularizar e facilitar o pagamento dos benefícios por meio do cartão magnético (no PETI o dinheiro era repassado às famílias de forma avulsa através da Prefeitura); e racionalizar a gestão dos dois programas.

Os programas de transferência de renda são considerados importantes estratégias de combate à fome e à pobreza, apresentando vantagens em relação às intervenções tradicionais como a distribuição de alimentos, possuindo custos operacionais significativamente menores, fomentando a desconcentração de renda e a circulação de capital no nível local, e dando maior autonomia às famílias na satisfação de suas necessidades, e o Bolsa Família tem alcançado importantes resultados neste sentido (MARQUES, 2005; EMBALO..., 2006).

O PBF se apresenta como um avanço no desenho dos programas de transferência de renda no Brasil, inovando na exigência de uma atuação intersetorial em todos os níveis, racionalizando custos, fortalecendo a descentralização, prevendo a organização de ações complementares que podem envolver diversos setores, elevando o valor repassado às famílias, e ampliando expressivamente a cobertura das famílias beneficiárias (MDS, 2007).

3

CARACTERÍSTICAS *DO MUNICÍPIO*

O município de Gameleira está localizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, área de maior pluviosidade do estado, a qual desde o século XVI tem na monocultura da cana de açúcar a base da sua economia, sendo uma das regiões de maior concentração de terras do país, e portadora de um quadro de vulnerabilidade social complexo e que tem se mantido ao longo dos séculos (CAVALCANTI, 2002).

A região do município de Gameleira começou a ser povoada em 1848, no contexto da Revolução Praieira. Com o desbravamento da floresta e catequese dos índios, construiu-se um Engenho denominado Gameleira, árvore abundante na região. Com pouco tempo, após o fim da revolução, foram estabelecidas ali casas e uma mercearia, que serviu de base para a construção de uma estação da estrada de ferro que passaria por Gameleira e ligaria Recife ao rio São Francisco, a segunda ferrovia aberta no Brasil, inaugurada em 1862 (IBGE, 2006b; ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS, 2006).

A estação foi inaugurada em 1860 junto com um grande armazém para depósito de açúcar. Antes da ferrovia, o transporte da produção sucroalcooleira da região ocorria de forma precária para o porto de Rio Formoso. Com a estrada de ferro funcionando, o local tornou-se movimentado, logo surgiu uma feira-livre e a estação passou a ser a preferida dos senhores de engenho dos municípios vizinhos, para o transporte de açúcar para Recife (IBGE, 2006b; ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS, 2006).

Em 1867, Gameleira foi criada como distrito de Serinhaem. Em 1872, foi desmembrada deste e elevada à categoria de vila. Em 1895, foi criado o distrito de Ribeirão e anexado à Gameleira. Em 1896, Gameleira foi elevada à condição de cidade e sede do município. Em 1928, Ribeirão foi desmembrado de Gameleira e elevado à condição de município. Em 1931, foram criados os distritos de José da Costa e Cuiambuca e anexados à Gameleira. Atualmente, o município é constituído pelo distrito sede e mais três: Cachoeira Lisa, Cuiambuca e José da Costa (IBGE, 2006b; AMUPE, 2006).

Ao longo de sua história, o município passou por grandes dificuldades, em especial, na sua economia. Uma destas é o fato de haver duas usinas na região, próximas à sede, e nenhuma pertencer ao município. A usina Estreliana ficou em posse

do município de Ribeirão no momento de sua emancipação, e a usina Cucaú, ficou para o município de Rio Formoso. Neste processo, a usina de Cachoeira Lisa, pertencente ao município tornou-se inviável economicamente.

No aspecto político, o município passou sérias dificuldades, principalmente relacionadas à corrupção. Após décadas administrado pelo mesmo grupo político, com a abertura democrática da década de 80 assume outro grupo, que no entanto, acusado de irregularidades, leva o município à uma intervenção estadual. No período recente, a gestão 2000-2004 também foi acusada de diversas irregularidades, inclusive na condução dos programas sociais.

Segundo dados do IBGE (Censo Demográfico de 2000), o município possui uma área de 257,72 km², uma população de 25.200 habitantes, sendo 69,4% residentes na zona urbana e 30,6% na rural, e constituída por um total de 50,6% de população masculina e 49,4% feminina.

O IDH do município é de 0,59, sendo os valores de seus sub-índices de 0,648 na educação, 0,627 na longevidade e 0,496 na renda (PNUD, 2006), possuindo 73,56% da sua população na condição de miserabilidade, segundo o Mapa do Fim da Fome II/ Pernambuco.

4

OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral:

Avaliar a implementação do Programa Bolsa Família em conglomerados urbanos e rurais de microáreas de risco do município de Gameleira - Pernambuco.

4.2. Objetivos Específicos:

- Verificar junto às famílias beneficiadas o processo de adesão, o funcionamento, as condicionalidades e a importância do Programa Bolsa Família na sua realidade;
- Relacionar o perfil socioeconômico, nutricional e a utilização de serviços pelas famílias das áreas estudadas à situação de inscrição no Programa Bolsa Família;
- Comparar a diversidade da dieta das famílias beneficiárias e não beneficiárias.
- Averiguar as condições administrativas do município para a execução do Programa Bolsa Família.

5

METODOLOGIA

Desenvolvimento da Pesquisa

5.1. Pesquisa de Campo

O presente estudo teve seu componente de campo incluso na pesquisa “*Avaliação da situação alimentar e nutricional e seus fatores determinantes em conglomerados urbanos e rurais da Zona da Mata do Estado de Pernambuco*”, a qual foi realizada no município da Gameleira, em função do seu baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e da perspectiva de posterior implantação de projeto de intervenção voltado para os objetivos básicos de segurança alimentar e nutricional. Trata-se de um estudo transversal com amostras de populações urbanas e rurais.

5.1.1. Tamanho e procedimento amostral

A amostra não foi selecionada de modo aleatório, mas foi escolhida de áreas consideradas de risco socioeconômico e nutricional, em insegurança alimentar, a partir de levantamento realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde e Unidades Básicas de Saúde. A amostra foi constituída por 502 famílias com crianças menores de cinco anos, sendo 251 na zona urbana e 251 na zona rural. A equipe de campo contou com a orientação dos agentes de saúde para o acesso aos domicílios.

5.1.2. Trabalho de campo

- Características Socioeconômicas e de Serviços

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2005. O instrumento utilizado foi o questionário, que constou de registro dos membros da família, das condições socioeconômicas, do acesso aos serviços de saúde, e do acesso e características do Programa Bolsa Família na comunidade (Anexo B).

Para o trabalho de campo a pesquisa contou com 6 técnicos pré-selecionados por seus currículos e capacitados pelo Departamento de Nutrição da UFPE, mediante

treinamento de 40 horas. Também foram realizadas experiências práticas sobre o preenchimento do questionário e coleta de dados socioeconômicos.

Foi realizado um estudo piloto, no qual foram entrevistadas 30 famílias. Nesta ocasião, além de testar o instrumento de coleta, foi colocada em prática a logística do trabalho de campo, a fim de verificar a sua exeqüibilidade.

Ao final de cada dia de trabalho, os entrevistadores revisaram e codificaram os questionários no próprio setor, visando detectar falhas de preenchimento que necessitassem de retorno imediato ao domicílio.

Ao final do trabalho de campo, os questionários foram enviados ao Departamento de Nutrição para uma segunda revisão por parte da equipe técnica.

- Consumo Alimentar

O inquérito de consumo alimentar (Anexo C) utilizou um questionário sobre a frequência alimentar semanal, fornecendo dados da disponibilidade alimentar na família. A mãe ou pessoa responsável pela preparação dos alimentos foi entrevistada para relatar todos os alimentos e preparações utilizadas nas principais refeições da família nos últimos sete dias (porções e quantidades preparadas). Para uma maior exatidão no registro dos volumes e porções dos alimentos foi utilizado o método de pesagem direta dos alimentos, com a balança digital da marca Plenna, capacidade de 5Kg.

Os questionários de consumo alimentar também passaram pelo processo de revisão e codificação durante o trabalho de campo, e por segunda revisão após este.

- Avaliação Nutricional

Para as avaliações antropométricas foi aferido o peso de todos os membros da família, sendo utilizada a balança digital marca Filizola, com capacidade para 150 kg e graduação de 100 g. As crianças menores de dois anos foram pesadas nos braços das respectivas mães, sendo descontado o peso destas.

Para aferição do comprimento foi utilizado o antropômetro confeccionado em barra de madeira, amplitude de 100 cm e subdivisões de 0,1 cm (fabricado localmente). As crianças menores de 2 anos foram medidas em posição de decúbito dorsal sobre o

antropômetro. As crianças de 2 anos e mais foram medidas em posição vertical. Para os adultos foi utilizada a fita Stanley com amplitude de 200 cm e subdivisões de 1 cm.

Foram aferidas duas medidas de altura e anotadas no questionário. A média de cada medida foi usada para a análise. Os entrevistadores trabalharam em duplas na aferição das medidas antropométricas. Todos os membros da família foram pesados e medidos sem sapatos, usando vestuária mínima.

Seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (1995a), para avaliação antropométrica dos adultos foi utilizado o Índice de Massa Corpórea – IMC (peso em Kg dividido pelo quadrado da altura em metro). Consideraram-se os seguintes critérios:

$< 18,5 \text{ Kg/ m}^2$ = baixo peso

$18,5 - 24,9 \text{ Kg/ m}^2$ = eutrofia

$25,0 - 29,9 \text{ Kg/ m}^2$ = sobrepeso

$\geq 30,0 \text{ Kg/ m}^2$ = obesidade

Na avaliação antropométrica dos menores de cinco anos foram utilizados os índices peso/idade, altura/idade e peso/altura segundo a distribuição em escores-Z (SZ), baseada nas curvas-padrão de crescimento desenvolvidas pelo National Centers for Health Statistics (NCHS, 1976; 1977) e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1980; 1986; 1995b). Foram considerados os seguintes critérios:

$< -2 \text{ SZ}$ = desnutrição

$-2 \text{ SZ a } < -1 \text{ SZ}$ = risco nutricional

$\geq -1 \text{ SZ}$ = eutrofia

Para verificação dos níveis de hemoglobina em crianças menores de cinco anos e mulheres não gestantes foi coletado sangue mediante punção venosa e leitura imediata por meio do Hemocue (Hemocue Limited, Sheffield - UK).

O diagnóstico de anemia foi realizado com base no padrão da Organização Mundial de Saúde, considerando como anêmicas as crianças de 6 meses a 5 anos com hemoglobina abaixo de 11,0 g/dl e mulheres não grávidas acima de 15 anos com hemoglobina abaixo de 12,0 g/dl (WHO, 2001).

Para análise do retinol sérico em crianças de 6 a 59 meses, pequena quantidade de sangue era imediatamente colocada em tubo de ensaio e centrifugada no local da coleta, sendo posteriormente analisadas pelo Centro de Investigações em Micronutrientes (CIMICRON), do Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado em João Pessoa, Paraíba. O retinol sérico foi determinado por cromatografia líquida de alta pressão HPLC (De Ruyter; De Leenheer, 1976).

O retinol sérico foi analisado de acordo com o critério da Organização Mundial de Saúde (1996), sendo seguida a seguinte classificação:

< 10 µg/dl = deficiente

< 20 µg/dl = baixo

≥ 20 µg/dl = normal

5.1.3. Variáveis estudadas

Para a realização das análises dos dados foram estudadas as seguintes variáveis:

I. Variáveis referentes ao Programa Bolsa Família (Anexo B/ Formulário 8)

- Famílias beneficiadas e não beneficiadas
- Forma de inscrição no Programa Bolsa Família
- Agentes intermediários na inscrição
- Condicionais exigidas no momento da inscrição
- Tempo que recebe o benefício
- Destino (uso) do benefício
- Principais beneficiados dentro da família
- Dificuldades no recebimento
- Valor Recebido do Programa
- Opinião das famílias sobre o Programa Bolsa Família

Estas variáveis foram utilizadas para verificar a proporção de beneficiários do programa nas áreas estudadas, o processo de inscrição, o funcionamento, as questões referentes às condicionalidades, e o significado do programa para as famílias.

II. Variáveis demográficas e socioeconômicas da família (Anexo B)

- Características demográficas (capa do questionário)
- Renda (formulário 6)
- Características do chefe da casa (formulário 1)
- Posse de bens de consumo (formulário 2)
- Características do domicílio (formulário 2)

Estas variáveis foram utilizadas para verificar o perfil socioeconômico das famílias estudadas, segundo a inscrição ou não no Programa Bolsa Família e a situação de moradia, se urbana ou rural.

III. Variáveis referentes às condições de saúde e educação (Anexos B e C)

- Pré-natal (formulário 3)
- Assistência ao parto (formulário 3)
- Aleitamento materno (formulário 3)
- Cartão da criança: peso, registro do desenvolvimento, vacinação, doses de vitamina A (formulário 3)
- Demanda por tratamento de saúde: criança (formulário 4)
- Visitas do ACS (formulário 4)
- Assistência à saúde da mulher (formulário 5)
- Freqüência à escola (formulário 8)
- Diversidade da dieta (Anexo 3)

Estas variáveis foram utilizadas para averiguar as condições de saúde e acesso à saúde das famílias, segundo a inscrição ou não no Programa Bolsa Família e a situação de moradia. O inquérito de consumo alimentar foi utilizado para verificar e comparar a diversidade da dieta das famílias.

5.2. Pesquisa das condições administrativas do município

A verificação das condições administrativas do município para execução do Programa Bolsa Família foi realizada em uma segunda etapa, através de metodologia qualitativa, na modalidade de entrevista semi-estruturada. Estas foram gravadas, e utilizou-se roteiro de questões adaptado de Schottz (2005). Foram entrevistados os gestores municipais com maior vinculação ao PBF, segundo o desenho do programa, o Coordenador do Programa Bolsa Família, da Secretaria de Assistência Social, os Secretários de Educação e Saúde, e um representante do Conselho Municipal de Assistência Social, que segundo informações dos gestores era a instância de controle social responsável pelo PBF. Para preservação das identidades dos entrevistados, as entrevistas foram enumeradas. (Anexo D).

5.3. Processamento e Análise dos dados

Os dados do questionário socioeconômico foram digitados em dupla entrada, seguida de análise da consistência dos dados (validação). Para o seu processamento foi utilizado o programa *Epi Info* versão 6,04 (1994). A análise dos resultados foi realizada aplicando o teste do Qui-quadrado de Pearson, com correção de Yates para tabelas binárias, e considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Devido ao fato de que entre os inscritos no Bolsa Família havia àqueles que ainda não tinham recebido o benefício, procedeu-se a uma análise paralela sujeitando as variáveis avaliadas ao tempo de recebimento do benefício (sem receber, de 1 a 6 meses, e mais de 6 meses), com o propósito de verificar a consistência do grupo de inscritos (Anexo E). Como ocorreram poucas diferenças, os resultados apresentados foram a comparação dos grupos segundo a inscrição no programa, independente do tempo de recebimento.

Para os dados de consumo alimentar, dois técnicos foram treinados para revisar e validar os questionários e, posteriormente, digitar os dados em única entrada no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 12.0 para *Windows* (Inc., IL, 2003). Os dados foram transferidos para o *Epi Info*, sendo então aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson. Para a análise, considerou-se se os alimentos foram

ou não consumidos pelas famílias. Para verificação dos mais freqüentes foi utilizado como ponto de corte o consumo de cada alimento por pelo menos 50% das famílias, e na verificação por grupos de alimentos considerou-se como ponto de corte o consumo por um mínimo de 5% das famílias.

Em relação à pesquisa das condições administrativas do município, o conteúdo das entrevistas foi analisado a partir de temáticas relacionadas aos objetivos, princípios e diretrizes do Programa Bolsa Família. As temáticas focadas foram: Posição dos entrevistados sobre a questão do combate à fome e à pobreza; Gestão do Programa Bolsa Família no município; Oferta e Monitoramento das Condicionalidades; Programas Complementares; Descentralização e Intersetorialidade na gestão do PBF; e Controle Social.

5.4. Considerações éticas

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP (Processo nº 386 de 05/07/2004), atendendo às normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos - Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. (Anexo A).

Ao chegar no domicílio, antes da aplicação do questionário, o entrevistador explicou ao entrevistado os objetivos da pesquisa. Também foram prestados esclarecimentos sobre a confidencialidade dos dados. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado após a concordância do entrevistado em responder as questões.

6

RESULTADOS

6.1. Características do Programa Bolsa Família na amostra

Dentre as 502 famílias estudadas, mais da metade (68,7%) estava inscrita no Programa Bolsa Família (PBF), havendo uma representação maior no estrato urbano (72,9%) do que no rural (64,5%), porém sem diferença estatística (Tabela 1).

Ao se verificar a forma como a inscrição ocorreu, a maioria se inscreveu no programa por indicação de alguém (67,2%), sendo isto mais freqüente na zona rural (74%) que na urbana (60,8%). Dentre os intermediários, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se destacaram como responsáveis por pouco mais da metade das indicações de inscrições, alcançando mais de 2/3 no setor rural (70,2%). Os outros intermediários citados (Prefeitura, vereador, parentes, conhecidos, associações comunitárias, escola, professora e outros) foram responsáveis pelas demais indicações, configurando principal influência no estrato urbano. Também na zona urbana se concentrou maior parte das famílias que se inscreveram por iniciativa própria (Tabela 1).

Quanto ao tempo de recebimento do benefício monetário, cerca de 50% das famílias inscritas o recebiam a mais de seis meses, tanto no estrato urbano (54,1%) como no rural (50,3%). As famílias que ainda não haviam recebido o dinheiro apresentavam o segundo maior percentual, quase um terço dos inscritos. Os que recebiam o dinheiro entre um e seis meses constituíam quase 20% das famílias (Tabela 1).

Ao se questionar sobre as exigências feitas com relação à inscrição/ manutenção no PBF (condicionalidades), “vacinação” e apresentação de “documentos” foram as exigências mais citadas em relação às crianças (com percentuais de quase 50% cada). Foram seguidas por “pesagem”, “nenhuma” exigência e “freqüência à escola”. Os itens “documentos” e “nenhuma” exigência apresentaram diferença estatística, sendo o primeiro mais mencionado na área urbana, enquanto “nenhuma” condicionalidade sobressaiu-se na área rural (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização do Programa Bolsa Família na amostra, segundo a situação geográfica do domicílio. Gameleira - PE, 2005.

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Especificações	Total		Urbano		Rural	
	n=502	%	n=251	%	n=251	%
Inscrição						
Sim	345	68,7	183	72,9	162	64,5
Não	157	31,3	68	27,1	89	35,5
Formas de inscrição ^(a) *						
	(n=329)		(n=175)		(n=154)	
Por indicação	221	67,2	107	61,1	114	74,0
Interesse próprio	108	32,8	68	38,9	40	26,0
Quem indicou ***						
	(n=221)		(n=107)		(n=114)	
Agente Comunitário de Saúde	112	50,7	32	29,9	80	70,2
Prefeitura/ Vereador	32	14,5	24	22,4	8	7,0
Parentes/ Conhecidos/ Associações/ Outros	58	26,2	40	37,4	18	15,8
Escola/ Professora	19	8,6	11	10,3	8	7,0
Tempo do benefício						
	(n=345)		(n=183)		(n=162)	
1 a 6 meses	67	19,4	29	15,9	38	23,5
> de 6 meses	180	52,2	99	54,1	81	50,0
Ainda não recebeu	98	28,4	55	30,0	43	26,5
Exigências para inscrição/ manutenção no PBF						
- Com relação às crianças ^(b)						
	(n=345)		(n=183)		(n=162)	
Vacinação	167	48,4	95	51,9	72	44,4
Documento (cert. nascimento) **	159	46,0	100	54,6	59	36,4
Pesagem	69	20,0	39	21,3	30	18,5
Frequência à escola	46	13,4	18	9,8	28	17,3
Compra de alimentos	2	0,6	1	0,5	1	0,6
Outras compras p/ as crianças	2	0,6	1	0,5	1	0,6
Nenhuma **	56	16,2	19	10,4	37	22,8
- Com relação às mães ^(b)						
	(n=345)		(n=183)		(n=162)	
Documentos ***	222	64,3	147	80,3	75	46,3
Compra de alimentos	33	9,6	13	7,1	20	12,3
Amamentar o filho < 1 ano	12	3,5	3	1,6	9	5,6
Realização do pré-natal	11	3,2	3	1,6	8	4,9
Outras compras p/ as crianças	2	0,6	1	0,5	1	0,6
Outras	3	0,9	2	1,1	1	0,6
Nenhuma ***	65	18,8	12	6,6	53	32,7

^(a) Sem informação: 16 casos (U= 8; R= 8)

^(b) Consideradas 2 opções de resposta

Em relação às mães, apresentação de “documentos” foi a condicionalidade predominantemente citada (64,3%), principalmente no estrato urbano (80,3%). “Nenhuma” exigência se configurou no segundo item mais citado (18,8%), sendo quase cinco vezes mais relatado na zona rural (32,7%) do que na urbana (6,6%). Itens como amamentação e pré-natal foram pouco mencionados (Tabela 1).

Do total de famílias que já recebiam o benefício do PBF, 89% recebiam acima de 50 reais, ou seja, além do benefício variável concedido por criança, gestante ou nutriz, recebiam o benefício destinado àquelas famílias que viviam com até 50 reais *per capita*, consideradas em extrema pobreza. Os valores medianos (IQ) foram de R\$ 80,00 (65 - 80) na zona urbana e R\$ 80,00 (50 - 95) na rural (Tabela 2).

Atendendo ao principal objetivo do programa, cerca de 90% das famílias afirmaram utilizar o benefício para a compra de alimentos. Secundariamente foram relatados compra de roupas/ calçados, de remédios, pagamento de dívidas, compras para as crianças, e despesas gerais. O uso do dinheiro para o pagamento de dívidas foi três vezes maior na área urbana (10,9%) do que na rural (3,4%) (Tabela 2).

Concordando com o perfil de uso do benefício, “toda família” foi apontada como principal beneficiária por uma média de 86,6% dos entrevistados. Em seguida aparecem as “crianças” com 22,3% (Tabela 2).

Ao serem questionadas sobre a presença de dificuldades para receber a renda do programa, pouco mais da metade das famílias afirmaram a existência de dificuldades. A fila foi a mais mencionada (65,7%), principalmente na zona urbana. O local de recebimento distante/ dificuldade com transporte foi uma queixa quase exclusiva dos moradores da área rural, enquanto máquina quebrada/ sem dinheiro predominou na área urbana (Tabela 2).

Quase a totalidade dos entrevistados (93,5%) afirmou que o PBF proporcionou melhoria em suas vidas. Dentre os motivos apresentados destacam-se a ajuda nas despesas de casa (63,5%) e a contribuição para compra de alimentos (25,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Valor do benefício, utilização e opinião dos beneficiários do Programa Bolsa Família, segundo a situação geográfica do domicílio. Gameleira - PE, 2005.

Especificações	Total		Urbano		Rural	
	n=247	%	n=128	%	n=119	%
Valor do benefício (em R\$) ***	(n=245)		(n=123)		(n=119)	
15 – 45	27	11,2	4	3,2	23	19,3
50 – 95	218	89,0	122	96,8	96	80,7
Mediana (IQ)	R\$ 80,00(65 – 95)		R\$ 80,00(65 – 80)		R\$ 80,00(50 – 95)	
Utilização do benefício ^(b)						
Compra de alimentos	222	89,9	119	93,0	103	86,6
Compra de roupas/ calçados	37	15,0	19	14,8	18	15,1
Compra de remédios	24	9,7	13	10,2	11	9,2
Pagamento de dívidas *	18	7,3	14	10,9	4	3,4
Compras para as crianças	15	6,1	9	7,0	6	5,1
Despesas gerais	9	3,6	5	3,9	4	3,4
Principais beneficiários ^(b)						
Família	214	86,6	113	88,3	101	84,9
Crianças	55	22,3	33	25,8	22	18,5
Dificuldade para receber o benefício						
Sim	134	54,3	66	51,6	68	57,2
Não	104	42,1	54	42,2	50	42,0
Às vezes	9	3,6	8	6,2	1	0,8
Principais dificuldades ***	(n=143)		(n=74)		(n=69)	
Filas	94	65,7	53	71,6	41	59,4
Distância/ transporte	27	18,9	2	2,7	25	36,2
Máquina quebrada/ sem dinheiro	22	15,4	19	25,7	3	4,4
Opinião dos beneficiários sobre o Programa	(n=247)		(n=128)		(n=119)	
Melhorou as condições de vida						
Sim	230	93,1	122	95,3	108	90,8
Não	17	6,9	6	4,7	11	9,2
Razões p/ a melhoria da vida	(n=230)		(n=122)		(n=108)	
Ajudou nas despesas da casa	146	63,5	77	63,1	69	63,9
Contribuiu p/ a compra de alimentos	59	25,6	34	27,9	25	23,2
Outras/ Não Sabe	25	10,9	11	9,0	14	12,9

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

^(b) Considerada 2 opções de resposta

6.2. Caracterização socioeconômica da amostra

Ao se analisar as condições socioeconômicas das famílias, segundo a condição de inscrição no PBF e a situação de domicílio, verificou-se que a maioria residia no município há mais de cinco anos, com destaque para a população rural. O percentual de residentes há mais de cinco anos também foi maior no grupo de inscritos no PBF do que no de não inscritos, sendo que na zona rural houve diferença estatística entre estes grupos (Tabela 3).

Tabela 3 – Características demográficas e econômicas das famílias, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=183		Não inscritos n=68		Inscritos n=162		Não inscritos n=89	
		%		%		%		%
Tempo que vive no local								
Menos de 1 ano	21	11,7	13	19,4	6	3,7	11	12,4
1 a 5 anos	50	27,8	19	28,4	32	19,8	17	19,1
Mais de 5 anos	109	60,5	35	52,2	124	76,5	61	68,5
Local de origem								
Gameleira (zona urbana)	43	60,5	14	43,8	5	13,2	2	7,1
Gameleira (zona rural)	12	16,9	9	28,0	10	26,3	11	39,3
Outro município (zona urbana)	8	11,3	3	9,4	9	23,7	8	28,6
Outro município (zona rural)	8	11,3	6	18,8	14	36,8	7	25,0
Renda per capita (salário)								
				***				*
Até ¼ de salário mínimo	150	82,0	43	63,2	129	79,6	61	68,5
¼ a ½ salário mínimo	23	12,5	10	14,7	23	14,2	25	28,1
≥ ½ salário mínimo	10	5,5	15	22,1	10	6,2	3	3,4
Renda per capita (salário + benefícios sociais)								
				*				
Até ¼ de salário mínimo	116	63,4	31	45,6	94	58,0	52	58,4
¼ a ½ salário mínimo	42	23,0	18	27,9	55	34,0	32	36,0
≥ ½ salário mínimo	25	13,6	19	26,5	13	8,0	5	5,6
Renda per capita (renda total sem bolsa família)								
				**				
Até ¼ de salário mínimo	123	67,2	31	45,6	116	71,6	52	58,4
¼ a ½ salário mínimo	38	20,8	19	27,9	39	24,1	33	37,1
≥ ½ salário mínimo	22	12,0	18	26,5	7	4,3	4	4,5

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Na zona urbana predominaram as famílias originárias do próprio município da Gameleira, enquanto na área rural a situação de local de origem foi mais variada, com

famílias vindas da zona rural de outros municípios constituindo o maior grupo de inscritos no PBF (Tabela 3).

Quanto à renda salarial das famílias, constatou-se que mais de 60% das mesmas viviam com até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*, sendo que entre o grupo de inscritos no PBF, este valor chega a casa de 80%, apresentando diferença estatística em relação aos não inscritos nas duas áreas estudadas. Ao adicionar à renda os benefícios sociais (incluindo o PBF), verifica-se redução nos grupos de menor renda *per capita* e conseqüente incremento nos grupos de renda superior. Entretanto, a diferença de renda entre inscritos e não inscritos permanece na área urbana (Tabela 3).

Excluindo a renda do PBF da análise, ocorre diminuição da renda *per capita* no grupo de inscritos, ampliando a diferença com o grupo de não inscritos na zona urbana (Tabela 3).

Avaliando as características do chefe da casa, pode-se observar a predominância do sexo masculino em todos os grupos estudados, chegando a representar 96% dos inscritos na zona rural. Com relação à faixa etária, a maioria possuía entre 25 e 54 anos, idade de maior atividade profissional. Dos chefes com até 24 anos, houve menor percentual entre os inscritos em relação aos não inscritos no estrato rural (Tabela 4).

A religião católica foi a mais declarada entre os chefes de família estudados (entre 52% e 67%), seguida pela evangélica, com valores próximos a 19%, sendo similar ao percentual dos que referiram não seguir nenhuma religião (Tabela 4).

O grau de analfabetismo (os que declararam não saber ler nem escrever) foi bastante alto em todos os grupos avaliados, sendo superior a 50% na zona rural, e com seu menor valor de 35% entre os não inscritos da zona urbana. Além disso, entre os considerados alfabetizados estavam aqueles que apenas liam e os que liam e assinavam o nome, os quais se fossem considerados em seu analfabetismo funcional provavelmente aumentariam substancialmente os valores acima mencionados (Tabela 4).

Tabela 4 – Características sociais e de nutrição do chefe da família, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=183	%	Não inscritos n=68	%	Inscritos n=162	%	Não inscritos n=89	%
Sexo do chefe da casa								
Masculino	153	83,6	58	85,3	156	96,3	81	91,0
Feminino	30	16,4	10	14,7	6	3,7	8	9,0
Religião do chefe da casa								
Católica	118	64,5	41	60,3	85	52,5	60	67,4
Evangélica	34	18,6	14	20,6	43	26,5	17	19,1
Espírita/ Outra	0	0,0	0	0,0	2	1,2	1	1,1
Não tem religião	31	16,9	13	19,1	32	19,8	11	12,4
Alfabetização do chefe da casa								
Lê e escreve/ lê	100	54,6	44	64,7	79	48,8	40	44,9
Não	83	45,4	24	35,3	83	51,2	49	55,1
Escolaridade do chefe da casa	(n=174)		(n=63)	*	(n=141)		(n=83)	
Nunca freqüentou a escola	37	21,3	6	9,5	34	24,1	22	26,5
≤ 4 anos de estudo	84	48,3	29	46,0	95	67,4	48	57,8
≥ 5 anos de estudo	53	30,4	28	44,5	12	8,5	13	15,7
Ocupação do chefe da casa	(n=183)		(n=68)	*	(n=162)		(n=89)	
Não trabalha/ Desempregado	79	43,2	25	36,8	21	13,0	15	16,9
Aposentado/ Pensionista	32	17,5	12	17,6	17	10,5	9	10,1
Autônomo	14	7,7	9	13,2	28	17,3	14	15,7
Empregado	34	18,6	20	29,4	72	44,4	36	40,4
Trabalho esporádico/ Biscateiro/ Ambulante	24	13,0	2	3,0	24	14,8	15	16,9
Estado Nutricional dos maiores de 18 anos (IMC)	(n=133)		(n=54)		(n=128)		(n=65)	
< 18,5 Kg/m ²	6	4,5	1	2,0	4	3,1	1	1,5
18,5 – 24,9 Kg/m ²	77	57,9	37	68,5	69	54,0	43	66,2
25,0 – 29,9 Kg/m ²	30	22,6	11	20,4	36	28,1	14	21,5
≥ 30,0 Kg/m ²	20	15,0	5	9,3	19	14,8	7	10,8

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Em relação à escolaridade, o maior grupo foi o dos que possuíam entre 1 e 4 anos de estudo, com percentuais entre 46% (não inscritos da zona urbana) e 67% (inscritos da zona rural). Houve diferença na área urbana entre os que nunca freqüentaram a escola, sendo o percentual de inscritos no PBF mais de duas vezes superior aos dos não inscritos (Tabela 4).

Quanto à ocupação, a maioria dos chefes de família encontravam-se sem trabalho/desempregados no momento da pesquisa, sendo maior este valor entre os

inscritos. Estes apresentaram percentual quase cinco vezes maior do que os não inscritos nas ocupações de trabalho esporádico, biscateiro e ambulante. Na zona rural os empregados constituíram o maior grupo, embora em valor considerado insatisfatório (cerca de 40%), havendo semelhança entre inscritos e não inscritos nas ocupações listadas (Tabela 4).

O estado nutricional dos chefes da casa, classificado segundo IMC, revela que apesar de não haver diferença estatística entre os grupos, ocorre uma tendência de agravos nutricionais, com maior grau de baixo peso, sobrepeso e obesidade entre os inscritos no PBF em relação aos não inscritos, nas duas zonas estudadas (Tabela 4).

Em relação às condições das habitações, praticamente todas as famílias viviam em casas (acima de 95%), com exceção de 3 casos entre não inscritos da zona urbana, e 1 entre os inscritos da zona rural. Mais de 60% dos residentes da zona urbana moravam em casas próprias, enquanto na zona rural ocorria o inverso, com mais de 60% habitando em domicílios cedidos ou invadidos. A maioria das casas do estrato urbano possuía paredes de alvenaria/ tijolo e com piso de cerâmica/ lajota/ cimento (aproximadamente 70% e 80%, respectivamente). Na área rural, a maioria das casas dos inscritos eram compostas por paredes de alvenaria/ ou tijolo (59,3%) e piso de cerâmica/ lajota/ ou cimento (76,5%), enquanto 60% dos não inscritos tinham paredes de taipa/ tijolo + taipa/ ou outros materiais e 40% piso de terra/ ou outros (Tabela 5).

O abastecimento de água por rede geral (com canalização interna ou externa) predominou na zona urbana (cerca de 70%), enquanto alcançou apenas cerca de 10% dos moradores rurais. Os demais 90% tinham como fonte de água poços/ nascentes/ cisternas/ ou cacimbas (Tabela 5).

O único grupo em que mais da metade da amostra (57,3%) realizava algum tipo de tratamento na água de beber (mineral/ fervida/ filtrada/ ou clorada) foi o dos não inscritos da zona urbana. Dos inscritos urbanos apenas 38,3% possuía esta prática, que diminuía para a casa dos 20% na zona rural (Tabela 5).

Quanto ao esgotamento sanitário, a presença da rede geral/ ou fossa com tampa foi predominante no estrato urbano, ocorrendo o inverso no setor rural, com maciço uso de fossas sem tampa/ cursos d'águas/ e outros (Tabela 5).

Tabela 5 – Condições das habitações segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

Condições Sanitárias	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=183		Não Inscritos n=68		Inscritos n=162		Não Inscritos n=89	
		%		%		%		%
Regime de Ocupação								
Própria	123	67,2	43	63,2	57	35,2	34	38,2
Alugada	26	14,2	14	20,6	0	0,0	0	0,0
Cedida/ Invasa	34	18,6	11	16,2	105	64,8	55	61,8
Paredes							**	
Alvenaria/Tijolo	146	79,8	49	72,1	96	59,3	37	41,6
Taipa/ tijolo + taipa/ outros	37	20,2	19	27,9	66	40,7	52	58,4
Piso							**	
Cerâmica/ Lajota/ Cimento	151	82,5	57	83,8	124	76,5	54	60,7
Terra/ Outros	32	17,5	11	16,2	38	23,5	35	39,3
Abastecimento d'água								
Rede geral com canalização interna ou externa	126	68,9	52	76,5	18	11,1	9	10,1
Poço/ nascente/ cisterna/ cacimba	57	31,1	16	23,5	144	88,9	80	89,9
Água p/ beber			**					
Mineral/ Fervida/ Filtrada/ Clorada	70	38,3	39	57,3	35	21,6	26	29,2
Coada/ Sem tratamento	113	61,7	29	42,7	127	78,4	63	70,8
Esgoto Sanitário								
Rede Geral/ Fossa com tampa	138	75,4	53	77,9	46	28,4	23	25,8
Fossa sem tampa/ Cursos d'água/ outros	45	24,6	15	22,1	116	71,6	66	74,2
N° de cômodos na casa			*				*	
≤ 3	24	13,1	18	26,5	32	19,8	27	30,3
4	28	15,3	11	16,2	52	32,1	35	39,4
≥ 5	131	71,6	39	57,3	78	48,1	27	30,3
Pessoas/ Dormitório								
≤ 2	74	40,4	34	50,0	47	29,0	24	27,0
3	80	43,7	25	36,8	81	50,0	46	51,7
≥ 4	29	15,9	9	13,2	34	21,0	19	21,3
N° de moradores/ casa								
Média (DP)	5,7	(2,4)	4,5	(2,1)	6,4	(2,7)	5,2	(2,4)
Mediana (IQ)	5,0	(4,0 - 7,0)	4,0	(3,0 - 5,0)	6,0	(4,0 - 8,0)	4,0	(3,0 - 6,0)

X² de Pearson * p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Nas duas zonas estudadas, os valores relativos ao maior número de cômodos no domicílio (≥5) foi maior entre os inscritos no PBF do que nos não inscritos. As médias e medianas também mostram uma tendência de haver maior número de pessoas/ casa entre os inscritos do que entre os não inscritos.

A relação pessoas/ dormitório não apresenta diferença entre os grupos, sendo os maiores percentuais correspondentes ao valor de 3 pessoas/ dormitório, com exceção do grupo de não inscritos urbanos, que tem seu maior percentual na faixa de até 2 pessoas/ dormitório (Tabela 5).

O estudo da posse de bens de consumo mostra que na maioria dos itens verificados não houve diferença entre os grupos. A energia elétrica estava presente em 100% das casas urbanas e em cerca de 90% das rurais. Na zona rural a televisão colorida, a antena parabólica, o liquidificador e a bicicleta estavam mais presentes nas casas dos inscritos do que dos não inscritos. Na zona urbana os inscritos possuíam mais televisores em preto e branco do que os não inscritos, estabelecendo uma relação inversa ao se considerar a posse de telefone fixo, que foi quase três vezes superior

Tabela 6 – Posse de bens de consumo segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=183		Não inscritos n=68		Inscritos n=162		Não inscritos n=89	
		%		%		%		%
Energia Elétrica	183	100	68	100	151	93,2	82	92,1
Rádio	125	68,3	48	70,6	116	71,6	55	61,8
Televisão colorida	109	59,6	43	63,2	78	48,1	27	30,3 *
Televisão preto/branca	37	20,2	6	8,8 *	22	13,6	9	10,1
Antena parabólica	62	33,9	26	38,2	77	47,5	28	31,5 **
Telefone celular	51	27,9	19	27,9	14	8,6	14	15,7
Telefone fixo	9	4,9	10	14,7 **	0	0,0	0	0,0
Geladeira	102	55,7	35	51,5	88	54,3	39	43,8
Fogão à gás	146	79,8	55	80,9	91	56,2	49	55,1
Liquidificador	117	63,9	38	55,9	100	61,7	38	42,7 **
Ferro elétrico	96	52,5	40	58,8	54	33,3	23	25,8
Ventilador	98	53,6	39	57,4	70	45,2	32	36,0
Bicicleta	61	33,3	18	26,5	87	53,7	34	38,2 *

Motocicleta	6	3,3	3	4,4		4	2,5	3	3,4
--------------------	---	-----	---	-----	--	---	-----	---	-----

χ^2 de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

entre os não inscritos. A geladeira estava presente apenas em cerca de 50% dos domicílios, e o fogão a gás em aproximadamente 80% das casas na área urbana e 50% na rural (Tabela 6).

6.3. Condições e assistência à saúde

Ao se inquirir sobre a assistência ao pré-natal e parto, constatou-se que a cobertura do pré-natal foi de cerca de 90% entre as mães de menores de cinco anos da área urbana. Na área rural esse mesmo valor foi alcançado entre as mães inscritas no PBF, sendo superior a cobertura das mães não inscritas (72%). Na zona urbana, o percentual de mães que iniciaram o pré-natal nos primeiros meses de gestação foi superior entre as inscritas no PBF (72% contra 60%). Não houve diferença entre as mães da zona rural, ocorrendo uma média de 63% de mães que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (Tabela 7).

Quanto ao recebimento de vacina antitetânica no pré-natal, não houve diferença entre os grupos, com cobertura de cerca de 90% das gestantes. No estrato urbano, menor proporção de mães inscritas no PBF afirmaram terem recebido orientação sobre alimentação durante o pré-natal, com uma diferença de 21% em relação às mães não inscritas. No estrato rural não houve diferença entre os grupos, sendo de 74% a média de mães que afirmaram receber a orientação. Em relação à orientação sobre aleitamento materno, não houve diferença entre os grupos, com cerca de 80% das mães que afirmaram receber orientação (Tabela 7).

Mais de 90% das mães de todos os grupos tiveram seus filhos em maternidade/ou hospital, com predominância do parto de tipo normal, principalmente na zona rural (média de 93% contra 82% da zona urbana). A assistência ao parto variou, mas sem diferença estatística entre os grupos, com as parteiras realizando maior percentual de partos no setor rural (média de 45%), seguidas por profissional de enfermagem (média de 31%) e médico (média de 23%). No setor urbano, os médicos realizaram mais partos, com o maior percentual entre os não inscritos no PBF (41%) e o segundo maior percentual entre os inscritos (31%), depois das parteiras (45%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Assistência ao pré-natal e parto às mães de crianças menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=268	%	Não inscritos n=83	%	Inscritos n=249	%	Não inscritos n=125	%
Realização do Pré-natal								***
Sim	241	89,9	75	90,4	224	90,0	90	72,0
Não/ Não sabe	27	10,1	8	9,6	25	10,0	35	28,0
Mês de início do Pré-natal	(n=225)		(n=73)	**	(n=217)		(n=84)	
Entre o 1° e o 3° mês	162	72,0	44	60,3	131	60,4	58	69,0
Entre o 4° e o 5° mês	56	24,9	20	27,4	73	33,6	20	23,8
Entre o 6° e o 9° mês	7	3,1	9	12,3	13	6,0	6	7,2
Vacina antitetânica no Pré-natal	(n=241)		(n=75)		(n=224)		(n=90)	
Sim	219	90,9	71	94,7	196	87,5	80	88,9
Não	22	9,1	4	5,3	28	12,5	10	11,1
Orientação sobre alimentação no Pré-natal	(n=228)		(n=71)	***	(n=212)		(n=83)	
Sim	148	64,9	61	85,9	154	72,6	64	77,1
Não	80	35,1	10	14,1	58	27,4	19	22,9
Orientação sobre aleitamento no Pré-natal	(n=228)		(n=72)		(n=214)		(n=84)	
Sim	176	77,2	61	84,7	182	85,0	70	83,3
Não	52	22,8	11	15,3	32	15,0	14	16,7
Local do parto	(n=268)		(n=83)		(n=249)		(n=125)	
Maternidade/ Hospital	263	98,1	80	96,4	233	93,6	115	92,0
Em casa	5	1,9	3	3,6	16	6,4	10	8,0
Tipo de parto	(n=268)		(n=83)		(n=248)		(n=125)	
Normal	223	83,2	64	77,1	229	92,3	117	93,6
Cesáreo	45	16,8	19	22,9	19	7,7	8	6,4
Assistência ao parto	(n=267)		(n=83)		(n=247)		(n=123)	
Médico	83	31,1	34	41,0	58	23,5	29	23,6
Enfermeiro(a)	64	24,0	17	20,5	72	29,1	43	35,0
Parteira	120	44,9	32	38,5	117	47,4	51	41,4
Peso ao nascer (g)	(n=252)		(n=76)		(n=225)		(n=106)	
< 3000	61	24,2	11	14,5	46	20,4	26	24,5
≥ 3000	191	75,8	65	85,5	179	79,6	80	75,5
Peso ao nascer	(n=268)		(n=83)		(n=249)		(n=125)	
Registrado	228	85,0	71	85,5	194	77,9	92	73,6
Informado	31	11,6	5	6,0	36	14,5	19	15,2
Não pesado/ Ignorado	9	3,4	7	8,4	19	6,4	14	11,2

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

A maioria das crianças (cerca de 80%) nasceu com peso considerado adequado ($\geq 3000\text{g}$). Os pesos, em sua maioria (cerca de 80%), foram apresentados pelas mães registrados no cartão da criança (Tabela 7).

Em relação ao aleitamento materno, as mães não inscritas no PBF estavam, a época da pesquisa, amamentado mais do que as inscritas. No entanto, a amamentação anterior à pesquisa foi superior entre as inscritas. No setor rural, a diferença das mães que nunca amamentaram é de quase três vezes entre as inscritas (3,6%) e às não inscritas (10,4%) (Tabela 8).

A principal causa referida para o abandono do aleitamento, em todos os grupos, foi a relacionada à criança (rejeitou o peito/ doente), com uma média de 37%, sendo seguida por problemas da mãe, leite insuficiente, e outras justificativas, variando entre os grupos, mas sem estabelecer diferenças significantes. Dentre as causas de nunca ter amamentado, na zona urbana prevaleceram às relacionadas à mãe (40%), enquanto no setor rural a rejeição da criança (40%) (Tabela 8).

Uma média de 50% das mães de todos os grupos afirmou ter amamentado por mais de seis meses. A duração do aleitamento variou na zona rural, onde o percentual de mães que amamentaram por período superior a seis meses foi maior entre as não inscritas (52,8%) do que entre as inscritas (48,6%). As que amamentaram por menor período foram superiores entre as inscritas, excetuando-se as que nunca amamentaram, que foram superiores entre as não inscritas (Tabela 8).

Mais de 90% das mães de todos os grupos apresentaram o cartão da criança no momento da entrevista, sendo que o maior percentual de registro de peso ocorreu entre os não inscritos da zona urbana (57,7%), diferindo dos inscritos (44,8%). Na área rural estes valores foram ainda menores, com 21,5% entre os inscritos e 29,3% entre os não inscritos (Tabela 8).

O registro de desenvolvimento no cartão apresentou valores muito baixos, sendo o maior percentual de 5,1% entre os não inscritos da zona urbana, sem diferença entre os grupos (Tabela 8).

Tabela 8 – Aleitamento materno e monitorização do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=267		Não inscritos n=83		Inscritos n=248		Não inscritos n=125	
		%		%		%		%
Aleitamento materno ^(c)								
Mama	46	17,2	29	34,9	41	16,5	35	28,0
Mamou	195	72,8	48	57,8	198	79,5	77	61,6
Nunca mamou	26	9,7	6	7,2	9	3,6	13	10,4
				**				***
Causas do desmame	(n=194)		(n=48)		(n=195)		(n=75)	
Leite insuficiente	64	33,0	8	16,6	41	21,0	22	29,3
Causas da criança (rejeitou/ doente)	70	36,1	18	37,5	68	34,8	31	41,3
Causas da mãe (não queria/ doente/ trabalhava/ estudava/ problemas no seio)	39	20,1	17	35,5	53	27,2	17	22,7
Outras	21	10,8	5	10,4	33	17,0	5	6,7
Causas de nunca ter mamado	(n=26)		(n=5)		(n=9)		(n=13)	
Leite insuficiente	5	19,2	0	0,0	1	11,1	3	23,0
Criança rejeitou	4	15,4	2	40,0	4	44,5	4	30,8
Causas da mãe (não queria/ doente/ problemas no seio)	10	38,4	2	40,0	3	33,3	3	23,1
Outras	7	27,0	1	20,0	1	11,1	3	23,1
Duração do aleitamento materno total (em dias)	(n=268)		(n=83)		(n=249)		(n=125)	*
Não amamentou	26	9,7	6	7,2	9	3,6	13	10,4
1 a 59 dias	29	10,8	10	12,0	40	16,1	13	10,4
60 a 119 dias	60	22,4	17	20,6	52	20,9	25	20,0
120 a 179 dias	26	9,7	5	6,0	27	10,8	8	6,4
≥ 180 dias	127	47,4	45	54,2	121	48,6	66	52,8
Cartão da criança	259	96,6	79	95,2	237	95,2	116	92,8
Registro do peso no cartão (nos últimos 3 meses)	116	44,8	45	57,7 *	51	21,5	34	29,3
Registro do desenvolvimento no cartão	4	1,5	4	5,1	4	1,7	2	1,7
Vitamina A (>6 meses)	99	41,4	32	49,2	104	47,5	39	41,9 **

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

^(c) mais de uma opção de resposta

O registro de suplementação da vitamina A para os maiores de seis meses não alcançou nem 50% em todos os grupos estudados. Houve diferença na zona rural, com

os inscritos obtendo maior percentual de cobertura do que os não inscritos (47,5% e 41,9%, respectivamente) (Tabela 8).

No estudo das condições e assistência à saúde, também foi verificada a ocorrência de diarreia nos menores de cinco anos. Na zona urbana houve semelhança entre os grupos estudados, estando a incidência de diarreia nas duas semanas anteriores à pesquisa na casa dos 30%. No setor rural, os menores de cinco anos das famílias não inscritas apresentaram maior incidência de diarreia (38,4% contra 24,5%) (Tabela 9).

Dentre as crianças que tiveram diarreia, a maioria recebeu algum tratamento, com uma média de 72% na zona urbana e 62% na rural. Metade recebeu soro *em pacote* e outros líquidos na área urbana, e na área rural outros líquidos foram mais ofertados do que o soro *em pacote* e caseiro, principalmente entre os inscritos no PBF. O soro caseiro foi a opção de tratamento menos utilizada (Tabela 9).

O médico foi citado como quem mais orientou o uso do soro, sendo que, na zona rural, maior percentual de não inscritos (61,9%) foi orientado por este profissional em relação aos inscritos (38,1%). Os agentes de saúde apresentaram menor influência do que enfermeiro (a) e outros (profissionais/ leigos), com exceção dos não inscritos rurais. A maioria das famílias afirmou não ter suspenso a alimentação durante o período de diarreia (Tabela 9).

Em relação à hospitalização e consultas de menores de cinco anos, uma média de 15% de famílias referiu que houve hospitalização durante os 12 meses anteriores à pesquisa, sem diferença entre os grupos. Cerca de 70% das famílias da área urbana afirmaram ter havido consulta nos três meses anteriores à pesquisa, e na área rural, maior proporção de não inscritos (59,2%) se consultou em relação aos inscritos (54,6%). As famílias relataram que a consulta foi realizada por um profissional de medicina em 96,8% dos casos na zona urbana e em cerca de 80% na rural, onde houve maior participação dos profissionais de enfermagem (15 a 20%) (Tabela 9).

O serviço utilizado por praticamente todas as famílias foi o público, com exceção de dois casos entre os inscritos da zona urbana (1,1%), e na rural, dois inscritos (1,8%) e dois não inscritos (3,2%). O acesso aos serviços de saúde era realizado a pé por quase 100% das famílias do setor urbano, enquanto na área rural isto ocorria com

Tabela 9 – Manejo da diarreia, hospitalização e consultas realizadas nos menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=268	%	Não inscritos n=83	%	Inscritos n=249	%	Não inscritos n=125	%
Diarreia nas 2 semanas que antecederam a pesquisa	82	30,6	31	37,3	61	24,5	48	38,4 **
Deu algo para tratar a diarreia	58	70,7	23	74,2	38	62,3	30	62,5
O que deu para tratar a diarreia ^(c)	(n=58)		(n=23)		(n=38)		(n=30)	
Soro caseiro (Punhado/ pitada/ colher medida)	14	24,1	3	13,0	9	23,7	9	30,0
Soro pacote (CEME/ farmácia)	29	50,0	13	56,5	15	39,5	12	40,0
Outro líquido	29	50,0	13	56,5	27	71,1	13	43,3 *
Quem orientou o uso do soro	(n=42)		(n=16)		(n=21)		(n=21)	*
Médico	23	54,8	13	81,3	8	38,1	13	61,9
Agente de saúde	8	19,0	2	12,5	1	4,8	5	23,8
Enfermeiro	2	4,8	0	0,0	5	23,8	0	0,0
Outros	9	21,4	1	6,2	7	33,3	3	14,3
Suspendeu a alimentação durante a diarreia	(n=82)		(n=31)		(n=61)		(n=48)	
Sim	16	19,5	10	32,3	21	34,4	18	37,5
Não	66	80,5	21	67,7	40	65,6	30	62,5
Hospitalização (último ano)	36	13,4	17	20,5	35	14,1	23	18,4
Consultas (últimos 3 meses)	188	70,1	62	74,7	136	54,6	74	59,2 **
Profissionais consultados	(n=188)		(n=62)		(n=136)		(n=74)	
Médico	182	96,8	60	96,8	109	80,1	62	83,8
Enfermeiro (a) (nível superior)	6	3,2	2	3,2	27	19,9	11	14,9
Farmacêutico (ou balconista)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Serviço utilizado	(n=182)		(n=60)		(n=110)		(n=62)	
Público	180	98,9	60	100,0	108	98,2	60	96,8
Privado	2	1,1	0	0,0	2	1,8	2	3,2
Acesso aos serviços de saúde	(n=268)		(n=83)		(n=249)		(n=125)	
A pé	263	98,1	80	96,4	129	51,8	58	46,4
Carro/ Ônibus/ Moto	5	1,9	2	2,4	107	43,0	57	45,6
Outros	0	0,0	1	1,2	13	5,2	10	8,0
Visita regular dos ACS	249	92,9	82	98,8	170	68,3	92	73,6

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

^(c) mais de uma opção de resposta

cerca de metade das famílias, utilizando a outra metade meios de locomoção como ônibus, moto, carro e outros (Tabela 9).

Os ACS visitavam regularmente mais de 90% das famílias da zona urbana, ocorrendo isto em cerca de 70% da zona rural, sem diferença entre inscritos e não inscritos (Tabela 9).

Ao se investigar as carências nutricionais nos menores de cinco anos, verifica-se que não houve diferença significativa entre os inscritos e não inscritos no PBF. Observa-se em relação à anemia, uma tendência de maior prevalência entre os não inscritos (61,2% na zona urbana e 52% na rural) do que entre os inscritos (48,1% na zona urbana e 46,5% na rural) (Tabela 10).

Em relação a hipovitaminose A, a prevalência foi de quase 30% na zona urbana e cerca de 20% na rural (Tabela 10).

Tabela 10 – Carências nutricionais em menores de cinco anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos		Não inscritos		Inscritos		Não inscritos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Anemia	(n=235)		(n=67)		(n=228)		(n=98)	
(hemoglobina < 11,0g/dL)								
Sim	113	48,1	41	61,2	106	46,5	51	52,0
Não	122	51,9	26	38,8	122	53,5	47	48,0
Hipovitaminose A	(n=214)		(n=58)		(n=199)		(n=75)	
(retinol sérico < 20mcg/dL)								
Sim	64	29,9	17	29,3	40	20,1	18	24,0
Não	150	70,1	41	70,7	159	79,9	57	76,0
Altura/ Idade	(n=255)		(n=83)		(n=245)		(n=119)	
Desnutrição (< -2 escores Z)	36	14,1	7	8,4	32	13,1	21	17,6
Risco (-2 a < -1 escores Z)	69	27,1	15	18,1	75	30,6	31	26,1
Eutrofia (≥ -1 escores Z)	150	58,8	61	73,5	138	56,3	67	56,3
Peso/ Idade	(n=255)		(n=83)		(n=245)		(n=119)	
Desnutrição (< -2 escores Z)	22	8,6	6	7,2	13	5,3	8	6,8
Risco (-2 a < -1 escores Z)	75	29,4	16	19,3	65	26,5	33	27,7
Eutrofia (≥ -1 escores Z)	158	62,0	61	73,5	167	68,2	78	65,5
Peso/ Altura	(n=255)		(n=83)		(n=245)		(n=119)	
Desnutrição (< -2 escores Z)	7	2,7	0	0,0	4	1,6	2	1,7
Risco (-2 a < -1 escores Z)	30	11,8	9	10,8	21	8,6	13	10,9
Eutrofia (≥ -1 escores Z)	218	85,5	74	89,2	220	89,8	104	87,4

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Quanto aos déficits antropométricos, a maior prevalência foi de déficit estatural, com tendência superior entre os inscritos na zona urbana (14,1% contra 8,4%) e os não inscritos na zona rural (17,6% contra 13,1%) (Tabela 10).

O déficit ponderal apresentou tendência maior na zona urbana (média de 8%) em relação à rural (6%), e o déficit pondero-estatural apresentou uma prevalência média de 1,5% (Tabela 10).

O estudo da história reprodutiva das mulheres de 10 a 49 anos revelou que a maioria estava na faixa etária dos 20 a 29 anos, seguido pelas menores de 20 anos. Na zona urbana, a proporção de mulheres que tiveram gestação anterior à pesquisa foi maior entre as não inscritas (93,6%) do que entre as inscritas (84,7%). Na zona rural não houve diferença entre os grupos, perfazendo uma média de 81% (Tabela 11).

Na zona urbana, havia uma média de 6% de mulheres grávidas à época da pesquisa, e na zona rural havia mais gestantes entre as não inscritas no PBF (12,8%) de que entre as inscritas (6,3%). Destas, as que já estavam realizando o pré-natal equivaliam à cerca de 70% no setor urbano, e no rural, a 50% entre as não inscritas, e a apenas 30% entre as inscritas no PBF (Tabela 11).

Nas duas zonas estudadas, a proporção de mulheres que tiveram filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores à pesquisa foi maior entre as não inscritas no PBF (31,6% na zona urbana e 31,8% na rural) do que entre as inscritas (20,3% na zona urbana e 17,5% na rural). Destas, 1 caso entre as inscritas da área urbana e 1 caso entre as inscritas da área rural relataram óbito do menor de 1 ano. A maior cobertura de suplementação de vitamina A no momento da alta hospitalar foi entre as inscritas do setor urbano (51,9%), seguidas pelas do rural (41,5%) e pelas não inscritas (39,1% no urbano e 20,6% no rural), não havendo, porém, diferença estatística entre os grupos (Tabela 11).

Em relação aos métodos anticoncepcionais, uma média de 61% de mulheres na área urbana fazia uso de algum método. Na área rural, o uso era maior entre as mulheres não inscritas (69,6%) do que entre as inscritas (56,4%) (Tabela 11).

Quanto ao tipo de método utilizado, não houve diferença significativa entre os grupos do estrato urbano, sendo a laqueadura o meio mais utilizado entre os inscritos (51,9%), e a pílula entre os não inscritos (48%). A camisinha e a tabela/ outros foram,

Tabela 11 – História reprodutiva das mulheres de 10 a 49 anos, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=261	%	Não inscritos n=78	%	Inscritos n=240	%	Não inscritos n=117	%
Faixa etária das mulheres								
< 20 anos	63	24,1	12	15,4	65	27,1	45	38,5
20 a 29 anos	121	46,4	44	56,4	111	46,2	39	33,3
30 a 39 anos	54	20,7	17	21,8	40	16,7	21	17,9
≥ 40 anos	23	8,8	5	6,4	24	10,0	12	10,3
Gravidez Anterior	221	84,7	73	93,6 *	189	78,8	99	84,6
Gravidez Atual	16	6,1	4	5,1	15	6,3	15	12,8 *
Atendimento Pré-natal na gravidez atual	12	70,6	3	75,0	6	31,6	8	53,3
Filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses	52	20,3	24	31,6 *	40	17,5	34	31,8 *
Administração de vitamina A na alta hospitalar	27	51,9	9	39,1	17	41,5	7	20,6
Uso de método anticoncepcional	156	63,7	50	67,6	127	56,4	71	69,6 *
Método utilizado	(n=156)		(n=50)		(n=127)		(n=71)	**
Laqueadura/ Ligadura	81	51,9	15	30,0	60	47,2	21	29,6
Pílula	53	34,0	24	48,0	48	37,8	32	45,1
Camisinha	19	12,2	10	20,0	6	4,8	13	18,3
Tabela/ Outros	3	1,9	1	2,0	13	10,2	5	7,0
Quem orientou o método								
Conta própria	68	43,6	16	32,0	39	30,7	25	35,2
Médico	44	28,2	22	44,0	44	34,6	22	31,0
Parente, amigo, marido	16	10,2	2	4,0	15	11,8	9	12,7
Enfermeiro (a)	12	7,7	6	12,0	11	8,7	8	11,3
Outro profissional de saúde	9	5,8	3	6,0	8	6,3	4	5,6
Outro	7	4,5	1	2,0	10	7,9	3	4,2
Momento da realização da laqueadura	(n=81)		(n=15)		(n=60)		(n=21)	
Cesariana do último filho	25	30,9	4	26,7	9	15,0	3	14,3
Cirurgia específica	56	69,1	11	73,3	51	85,0	18	85,7
Decisão da laqueadura								
Conta própria	53	65,4	10	66,7	38	63,3	15	71,4
Casal	19	23,5	4	26,6	6	10,0	1	4,8
Terceiro (médico, pais, companheiro, outro)	9	11,1	1	6,7	16	26,7	5	23,8

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

respectivamente, o terceiro e quarto métodos mais usados nos dois grupos. No estrato rural, houve diferença entre os grupos, sendo, como no urbano, a laqueadura o método mais usado entre os inscritos (47,2%) e a pílula entre os não inscritos (45,1%). A camisinha foi quase quatro vezes mais utilizada entre os não inscritos do que entre os inscritos, e o uso de tabela/outros foi maior em relação ao uso deste método no setor urbano (cerca de 10% contra 2%) (Tabela 11).

Ao serem questionadas sobre o momento de realização da laqueadura, cerca de 70% das mulheres da zona urbana e 85% da rural afirmaram ter sido em uma cirurgia específica, sendo a decisão de se submeter a tal método, resolvido na maioria dos casos por conta própria (entre 60% e 70%). (Tabela 11).

Dentre as mulheres não gestantes, apenas cerca de 20% havia realizado o exame preventivo de câncer de colo de útero, e das maiores de 35 anos, um número muito limitado havia realizado o preventivo de câncer de mama (nove mulheres na zona urbana, e sete na rural). (Tabela 12).

Tabela 12 – Condições de saúde e nutrição das mulheres, segundo a situação geográfica do domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Inscritos n=260		Não inscritos n=76		Inscritos n=237		Não inscritos n=117	
		%		%		%		%
Prevenção do câncer de colo (não gestantes)	56	21,5	18	23,7	45	19,0	25	21,4
Prevenção do câncer de mama (>35 anos)	(n=39)		(n=12)		(n=49)		(n=29)	
Sim	5	12,8	4	33,3	3	6,1	4	13,8
Anemia (não gestantes)	(n=230)		(n=74)		(n=220)		(n=100)	
hemoglobina < 12,0g/dL	82	35,7	32	43,2	66	30,0	31	31,0
hemoglobina ≥ 12,0g/dL	148	64,3	42	56,8	154	70,0	69	69,0
IMC (não gestantes)	(n=217)		(n=73)		(n=196)		(n=80)	
< 18,5 Kg/m ²	5	2,3	6	8,2	11	5,6	1	1,2
18,5 – 24,9 Kg/m ²	116	53,5	43	58,9	107	54,6	53	66,2
25,0 – 29,9 Kg/m ²	61	28,1	17	23,3	47	24,0	17	21,3
≥ 30,0 Kg/m ²	35	16,1	7	9,6	31	15,8	9	11,3

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

A investigação de anemia demonstrou uma prevalência de cerca de 40% entre as mulheres da zona urbana e 30% da rural, sem diferença entre os grupos. Mais de 50% das mulheres não grávidas apresentaram o IMC na faixa de eutrofia. O percentual

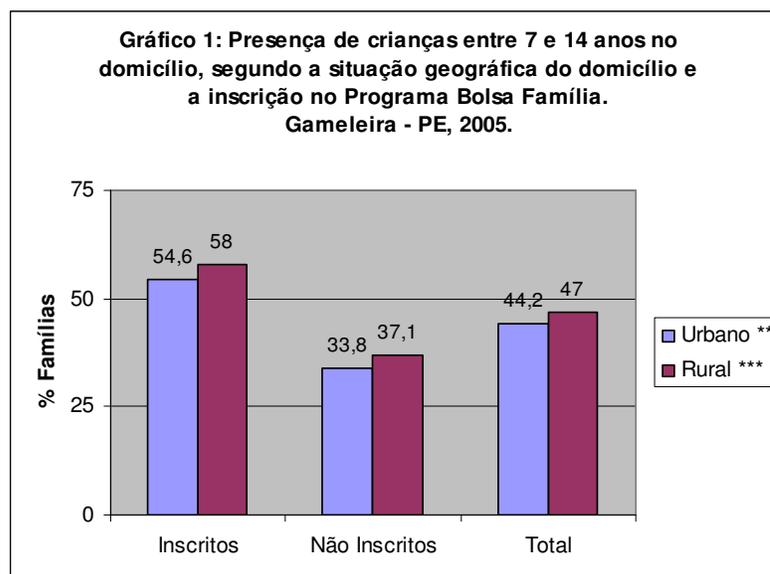
de sobrepeso variou entre 20 e 30, e a obesidade foi de cerca de 10% entre não inscritas e cerca de 15% nas inscritas no PBF. Mulheres com baixo peso foram mais de 5% entre as não inscritas da zona urbana e as inscritas da zona rural (Tabela 12).

6.4. Situação escolar das crianças entre 7 e 14 anos

O gráfico 1 mostra a presença de crianças entre 7 e 14 anos nos domicílios, apresentando diferença entre os inscritos e não inscritos. Na zona urbana 54,6% das famílias inscritas tinham crianças nessa faixa etária, contra 33,8% nas famílias não inscritas. Na zona rural, esta relação correspondia a 58% entre os inscritos e 36% entre os não inscritos.

Foi questionado nestes domicílios se alguma destas crianças trabalhavam, e em 3 das 123 casas da zona urbana havia crianças trabalhando, sendo duas entre os inscritos (2%) e uma entre os não inscritos (4,3%), sem diferença entre os grupos. Na zona rural, todas as famílias dos dois grupos (94 inscritas e 32 não inscritas) afirmaram não haver crianças nesta faixa etária trabalhando.

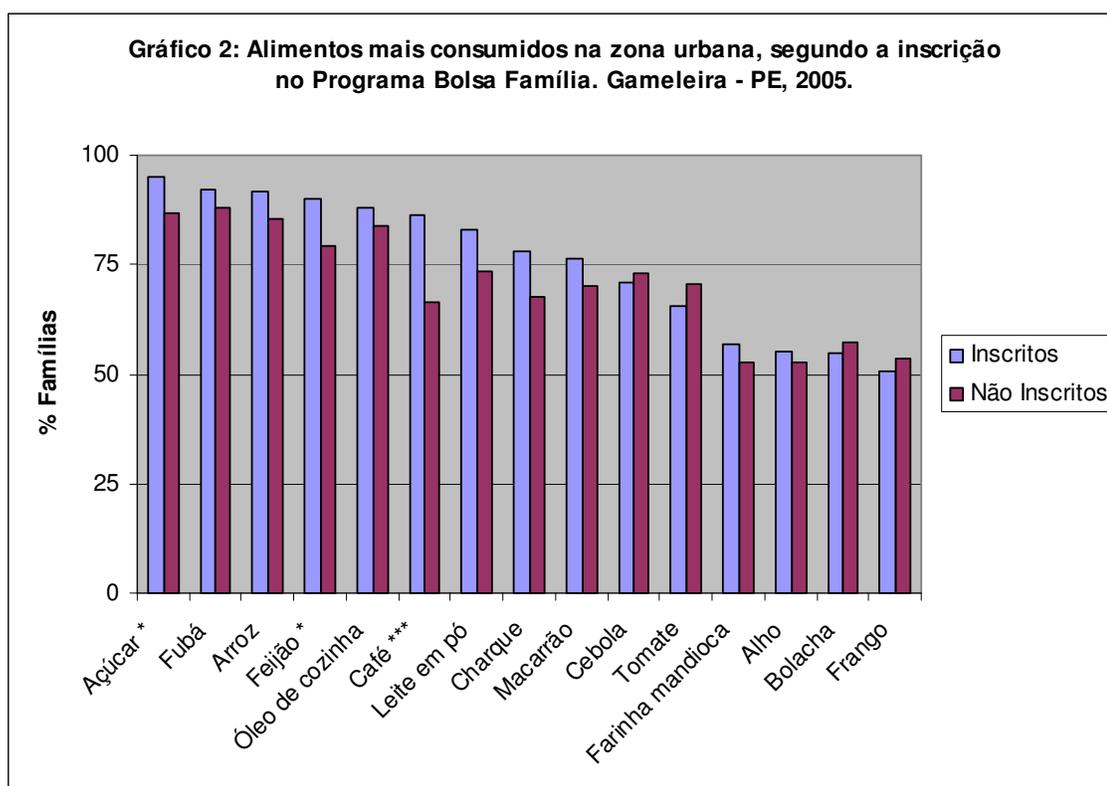
Quanto à escola, praticamente em todos os domicílios as crianças a freqüentavam. As exceções foram em 3 famílias do setor urbano, sendo uma entre os inscritos (1%) e duas entre os não inscritos (8,7%), e em 1 casa entre os inscritos da zona rural (1,1%).



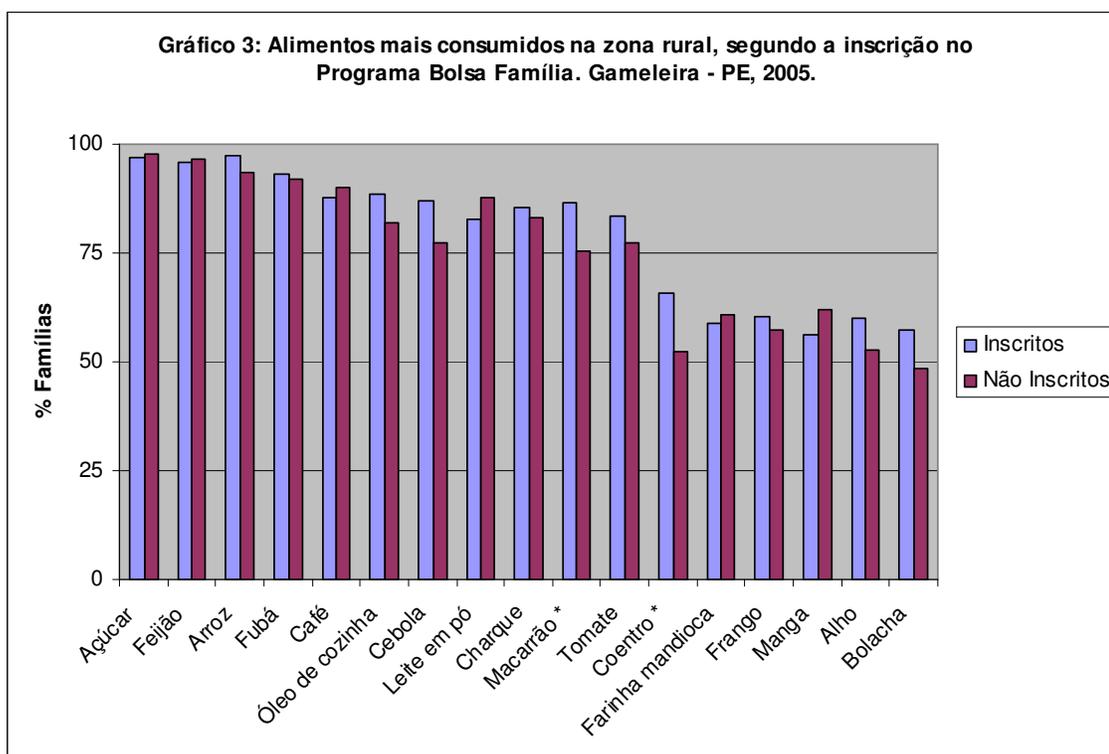
χ^2 de Pearson ** p=0,00526034 *** p=0,00131161

6.5. Diversidade da dieta

As figuras 2 e 3 mostram os alimentos consumidos por 50% ou mais famílias de Gameleira nos sete dias anteriores à pesquisa, constituindo um total de 15 alimentos na área urbana e 17 na rural. Há uma tendência de maior proporção de famílias inscritas usufruindo a maioria dos itens listados do que de famílias não inscritas, porém com diferença significativa apenas açúcar, feijão e café na zona urbana, e macarrão e coentro na zona rural.

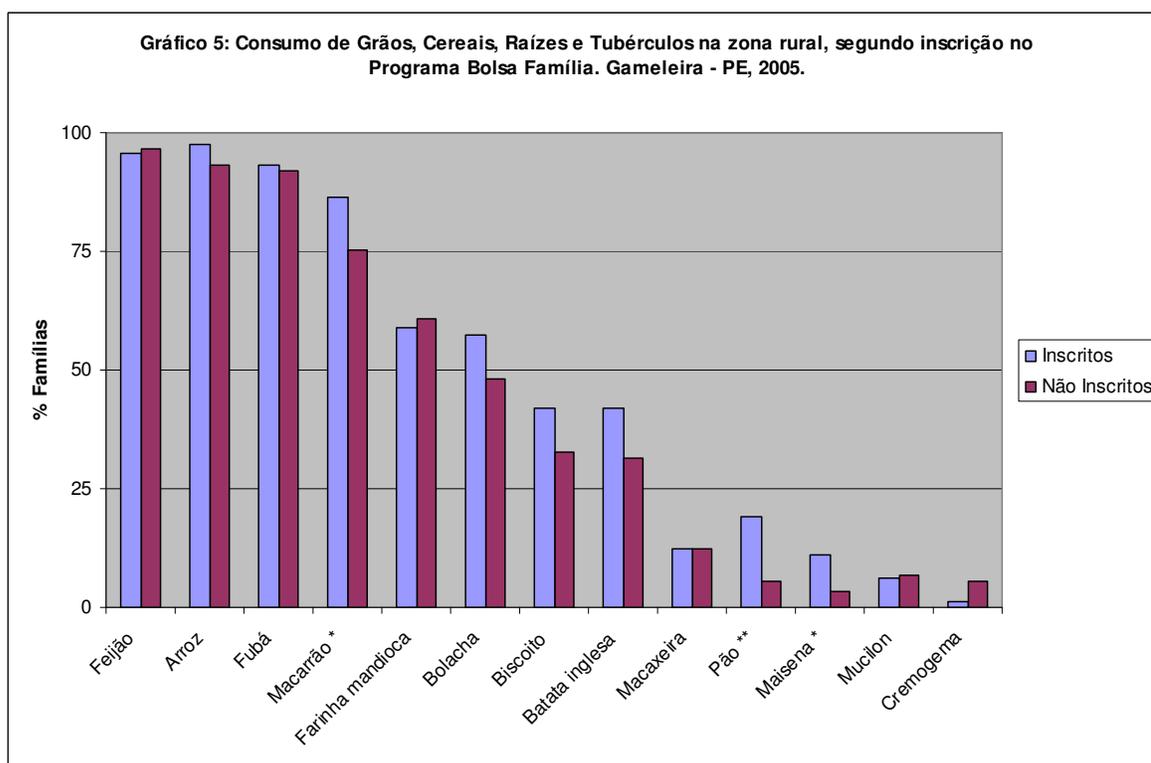
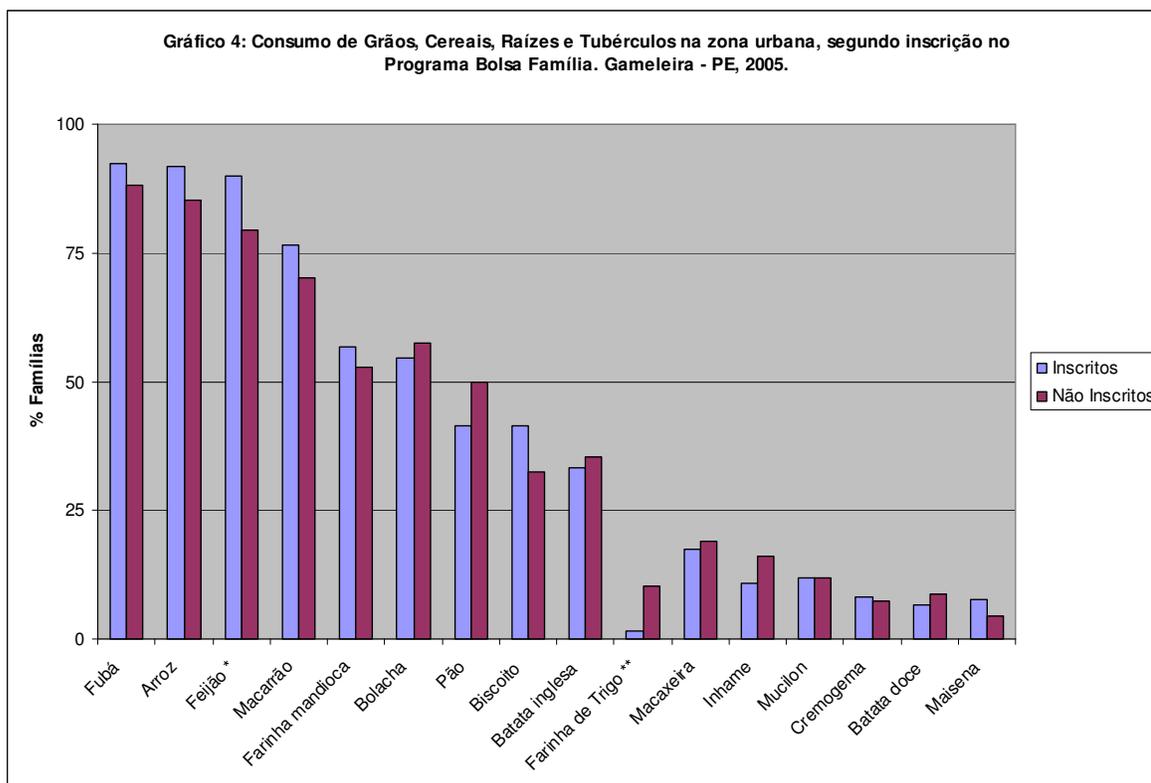


X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

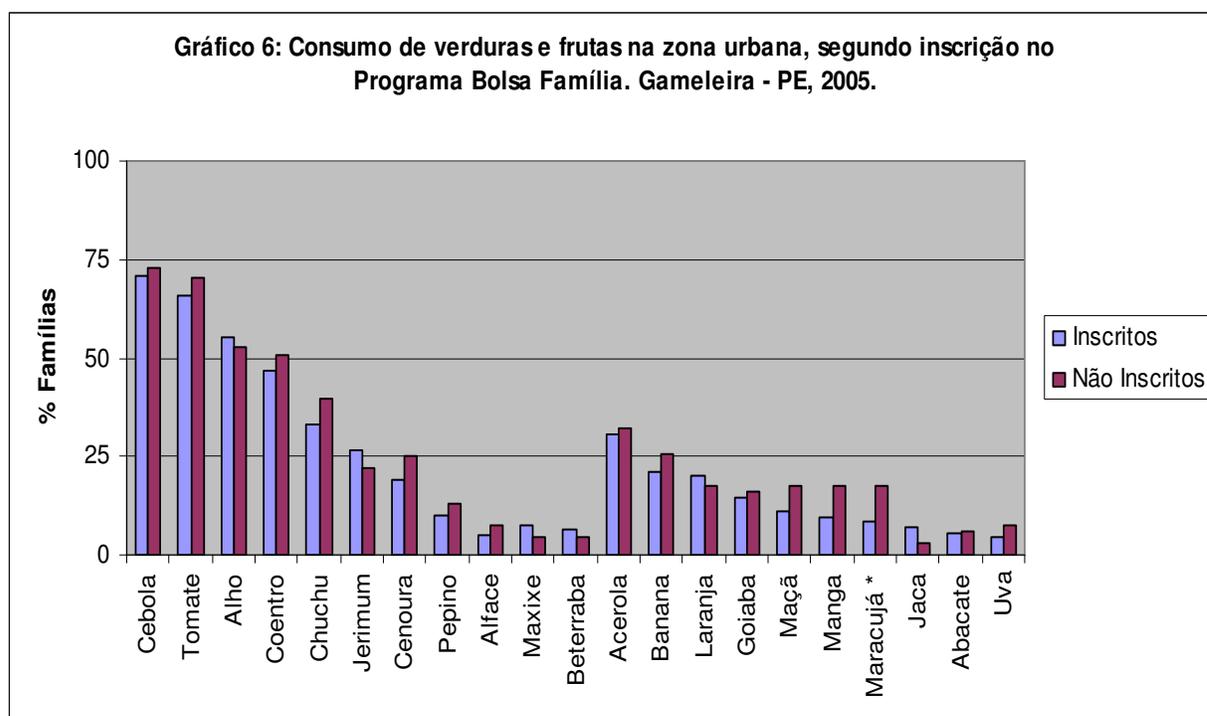


X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

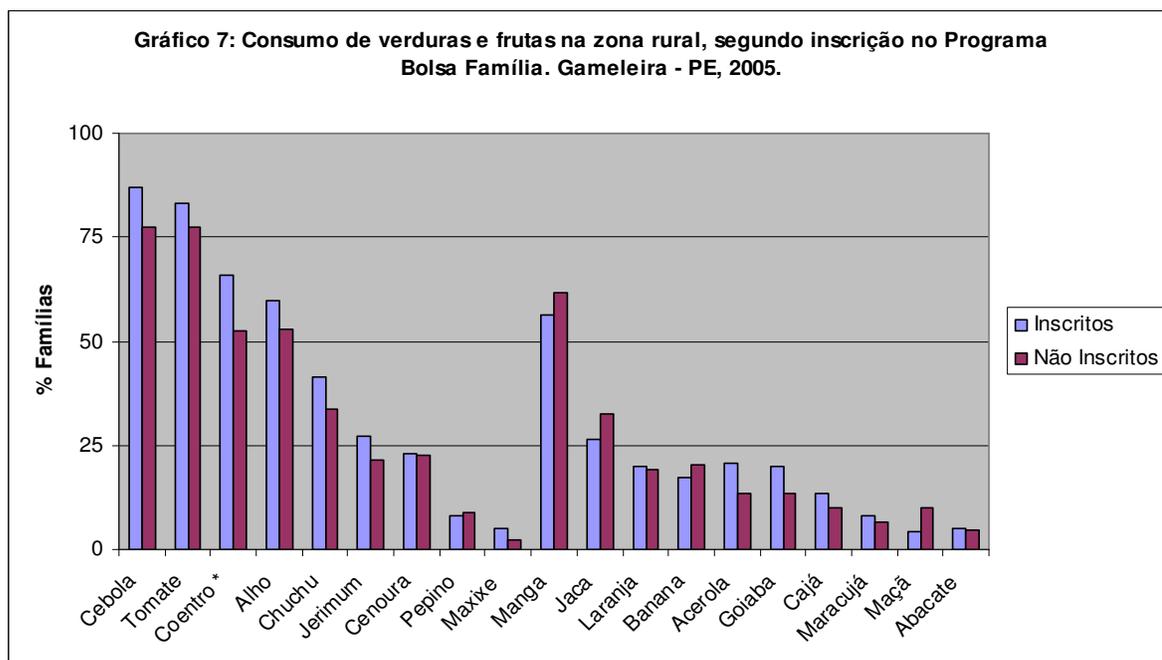
Foi verificado também o consumo por grupos de alimentos, demonstrando um comportamento semelhante entre os inscritos e não inscritos das duas zonas. Em relação ao grupo dos grãos, cereais, raízes e tubérculos, além dos alimentos listados entre os mais consumidos (feijão, arroz, macarrão, fubá, farinha de mandioca e bolacha), apresentam certa expressividade o pão, biscoito e batata inglesa na área urbana, e o biscoito e batata inglesa na área rural (consumidos por 30 - 50% das famílias). Alimentos regionais como macaxeira, inhame, batata doce e tapioca foram pouco consumidos, principalmente no setor rural (Gráficos 4 e 5).



Quanto às frutas e verduras, constata-se o baixo consumo destes alimentos. Apenas cebola, tomate, alho e coentro (setor rural) foram consumidos por 50% ou mais das famílias. Dentre as frutas, apenas a manga, no setor rural, apresentou um consumo superior a 50%. A acerola na zona urbana e a jaca na rural foram consumidas por cerca de 30% das famílias, sendo as tais, frutas da época na vigência da pesquisa (Gráficos 6 e 7).

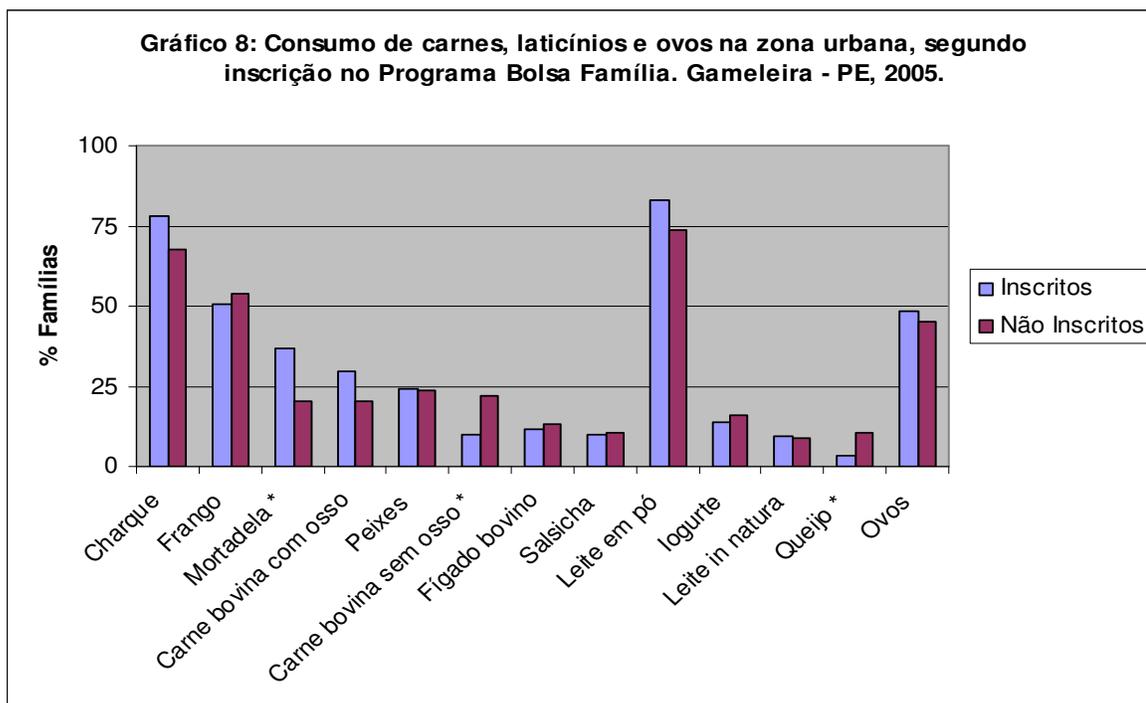


X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

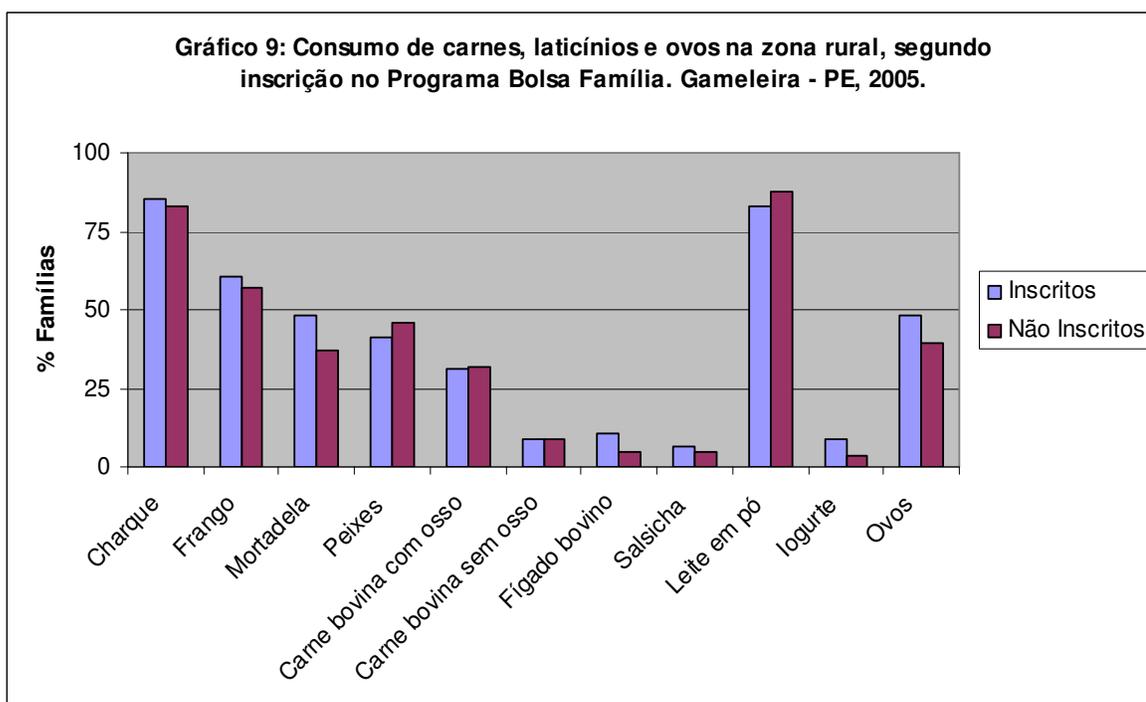


X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

O grupo de fontes protéicas (carnes, laticínios e ovos) também apresentou baixo consumo, com aproximadamente 20% das famílias sem mencionar a utilização de nenhum componente do grupo. Apenas leite em pó, charque e frango foram referidos por um percentual maior ou igual a 50% das famílias, sem diferença entre grupos. Ovos, mortadela, carne bovina com osso e peixes apresentaram um consumo entre 20% e 50%, sendo a mortadela mais utilizada entre os inscritos da zona urbana (36,6%) do que entre os não inscritos (20,6%). A carne bovina sem osso foi consumida por cerca de 20% das famílias não inscritas do setor urbano, constituindo comportamento diferente do consumo entre inscritas (9,8%) (Gráficos 8 e 9).



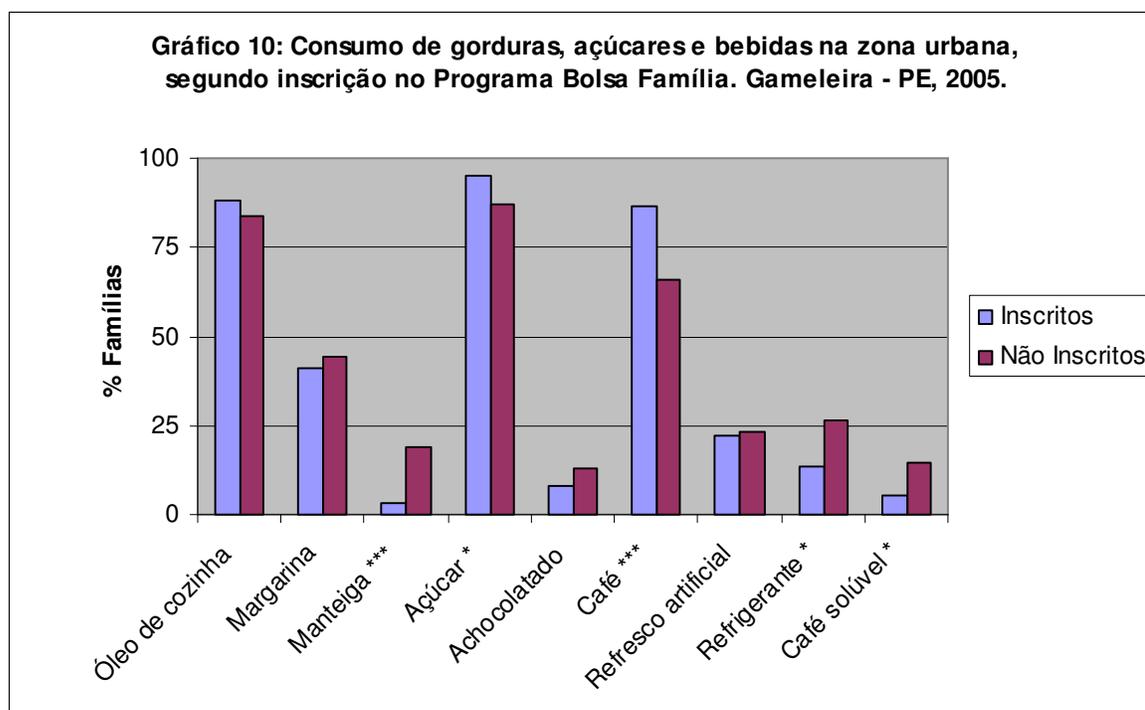
X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001



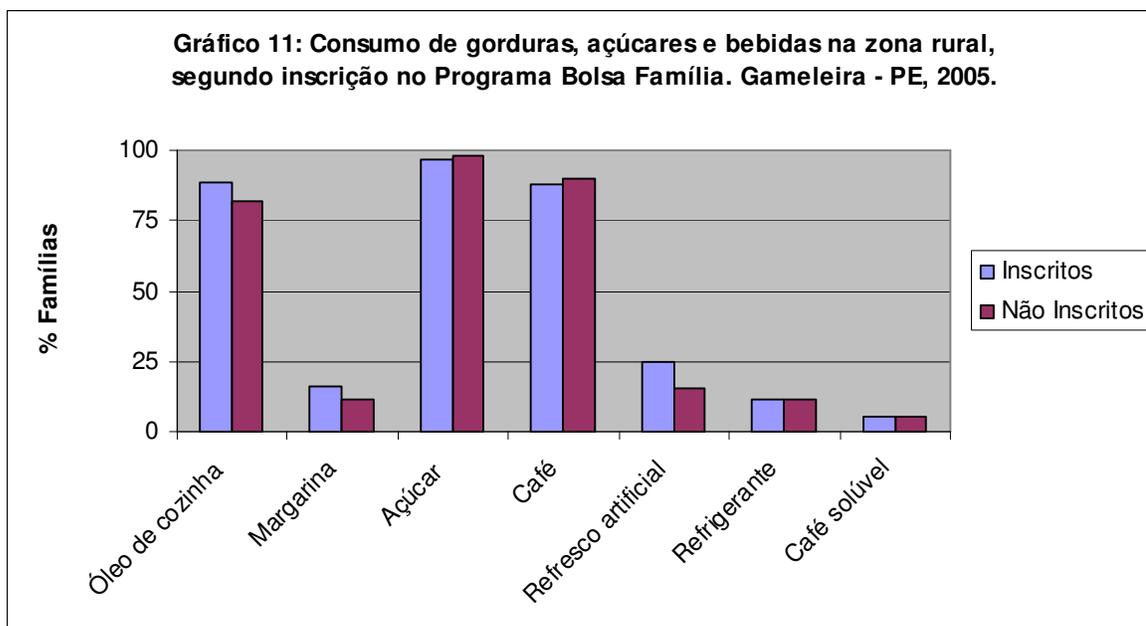
X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

O consumo de gorduras e açúcares se limitou praticamente ao açúcar, óleo de cozinha e margarina, com os dois primeiros sendo utilizados por 80% a 100% das famílias, e no setor urbano, o açúcar representando maior consumo entre os inscritos (95,1%) do que entre não inscritos (86,8%). Ainda na área urbana, houve uma proporção de cerca de 40% de famílias que utilizaram margarina, e 20% das não inscritas, manteiga, diferindo dos 3,3% de famílias inscritas que a consumiram. Na área rural, além do açúcar e óleo, aproximadamente 10% das famílias relataram o uso de margarina (Gráficos 10 e 11).

O café foi a bebida mais consumida, diferindo entre inscritos (86,3%) e não inscritos (66,2%) no setor urbano. Com um consumo entre 10% e 20% aparecem os refrescos artificiais e refrigerantes. O café solúvel e os refrigerantes tiveram consumo mais expressivo entre os não inscritos da zona urbana (14,7% e 26,5%, respectivamente) (Gráficos 10 e 11).



X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001



X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

6.6. Condições Administrativas do Município

A análise das quatro entrevistas foi de grande valia para o maior entendimento da realidade local e do perfil e perspectivas dos entrevistados, atores essenciais ao desenvolvimento do programa no município.

As entrevistas foram realizadas nos meses de maio, setembro e outubro de 2006, um ano após a coleta dos dados quantitativos, e segundo ano de mandato da atual gestão.

6.6.1. Programas de Combate à fome e à pobreza

Quando indagados sobre a opinião sobre os programas de combate à fome e à pobreza do governo federal, todos os entrevistados associaram a questão aos programas de transferência de renda, e foram unânimes, afirmando a sua real importância e necessidade, entretanto, que só teriam resultados permanentes se acompanhados de ações estruturais.

Eu acho interessante, importante, ele (PBF) também tem algumas ações estruturadoras, porque isso depende muito dessas ações, se não tem então não adianta só acostuma, o cidadão a pedir. Mas eu concordo com ele porque enquanto isso o governo federal vai ficar de braços cruzados sem fazer nada por esse povo que precisa, que necessita? E aí isso é interessante, eu acho importante. (Entrevista 4).

Na minha concepção são ótimos. Muita gente fala que o Bolsa Família é uma esmola, o PETI é um...Mas eu acho que a gente não pode ver como esmola porque tá ajudando aquela família que tava lá na pobreza. Eu tenho aqui, eu gosto sempre de citar, eu tenho um, inúmeros casos, mas um pra mim que é assim especial. O de uma senhora que tem cinco filhos, que o marido dela é preso já há um bom tempo e ela toda semana tava aqui na secretaria pra pedir alguma ajuda em alimentação pra os cinco filhos, inclusive leite, porque tinha um recém-nascido e ela já tinha feito esse cadastro há cinco anos e nunca tinha vindo. Foi feita a atualização do cadastro dela a partir do mês de abril e ela passou a receber, e ela veio aqui e falou pra gente: "A partir de hoje eu não preciso pedir nada a vocês, porque eu tenho esse programa que vai me ajudar", ela tá recebendo R\$ 95,00 e realmente essa senhora volta aqui somente pra visitar a gente, mas assim pra pedir ela não veio mais. Então eu acho que a gente não pode encarar como uma esmola, mas sim um benefício realmente que tá tirando muita gente dessa linha de pobreza, dessa situação. Porque, claro que tem aquelas irregularidades de pais que pegam o cartão, pegam o dinheiro e não compram nada pra casa, pra os filhos, claro que tem, que tem que ser averiguado isso,

mas eu acho que a grande maioria da população foi beneficiada, e eu acho que deve existir sim esses programas. Porque a medida que eles vão surgindo eles vão ajudando ainda mais. (Entrevista 3).

Não adianta apenas transferir os recursos agora, você tem que pensar na questão de como isso vai ser resolvido depois. Mas olhando, por exemplo, pra região hoje, se nós não tivéssemos a renda mínima, nós estaríamos numa situação muito pior, muito mais flagelante e escandalosa do ponto de vista de desnutrição. (Entrevista 2).

Também foi mencionado o receio de que o programa estimule o ócio entre os beneficiados.

Pode haver uma acomodação. O caso de uma família dizer: eu já tenho, eu já tenho isso, então não vou precisar também fazer isso e aquilo, não vou precisar me esforçar. Às vezes, um pai de família ele pode, não todos né, mas é claro que alguns pode... (Entrevista 1).

A experiência municipal com programas de transferência de renda está totalmente vinculada aos programas federais (o PBF e o PETI na atualidade, e Bolsa Escola, Alimentação e Auxílio Gás, no passado recente). Entretanto, o município tem desenvolvido seus próprios programas de proteção social. Foram relatados os projetos Agilidade na Terceira Idade, Sentinela, Vencendo a Desnutrição, o programa Alimentação é Vida, e o projeto Maternidade Responsável.

O Projeto Agilidade na Terceira Idade é desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social em parceria com a Secretaria de Saúde. O público alvo são idosos em situação de vulnerabilidade (abandono, fome, falta de cuidados e/ou sem fonte de renda). São atendidos cerca de 70 idosos (outubro de 2006) com o recebimento de uma cesta básica mensal, devendo para isso cumprir com uma agenda de compromissos: acompanhamento da assistente social, de uma enfermeira, participação em aulas de educação física, palestras e reuniões.

O Projeto Sentinela é constituído por 20 famílias (outubro de 2006) que foram detectadas pelo Conselho Tutelar. Estas foram assim consideradas por viverem em situação de pobreza e possuírem crianças ou adolescentes em condição de risco (prostituição, consumo de drogas, história de abuso sexual, e envolvimento com furtos ou roubos). O Conselho Tutelar em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social oferecem uma cesta básica mensal às famílias, com a condição de que as crianças e adolescentes sejam retirados das situações de risco e se submetam, junto

com a família, ao acompanhamento da assistente social, psicóloga, um profissional de educação e do Conselho Tutelar, com palestras, conversas e acompanhamento domiciliar. São oferecidas atividades socioeducativas como atividades recreativas, cursos de pintura, e corte e costura.

O Projeto Vencendo a Desnutrição é uma iniciativa da Secretaria de Saúde em parceria com a Pastoral da Criança do município, atendendo à cerca de 50 crianças (outubro de 2006) em situação de extrema pobreza e identificadas pela equipe de PSF em situação de desnutrição. Estas passaram a receber doação de leite em pó e a multimistura da Pastoral, concomitante ao acompanhamento de saúde e do estado nutricional pela equipe de PSF.

O Programa Alimentação é Vida, desenvolvido pela Secretaria de Desenvolvimento Social, consiste na distribuição mensal de cestas básicas a famílias identificadas em situação de risco. Segundo dados de agosto de 2006, eram distribuídas 500 cestas básicas.

O Projeto Maternidade Responsável faz doação de enxovais a gestantes que se cadastram na Secretaria de Desenvolvimento Social e se comprometem realizar o pré-natal. Elas recebem visitas da assistente social e são acompanhadas pelas equipes de saúde.

Segundo a Secretaria de Desenvolvimento Social, foram incluídos no CadÚnico todos os contemplados pelos programas municipais que ainda não estavam cadastrados e atendiam aos critérios de inclusão.

6.6.2. Gestão do Programa Bolsa Família em Gameleira

O PBF e o CadÚnico já estavam implantados no município desde a gestão anterior, de oposição à atual, e se encontravam sob a competência da Secretaria de Assistência Social, renomeada para Secretaria de Desenvolvimento Social na atual gestão, mantendo a gerência sobre o Cadastro Único, o PBF e o PETI. Desta forma, os detalhes do processo de implementação do programa no município eram pouco conhecidos pelos entrevistados. No entanto, de julho a dezembro de 2005, foi realizada a atualização do Cadastro Único (Portaria nº 360 do MDS, de 12 de julho de 2005). E

em decorrência da Portaria n° 666 do MDS, de 28 de dezembro de 2005, que estabelece a integração entre o PETI e o PBF, a atualização cadastral continuou de janeiro a março de 2006.

Foi informado que a gestora do programa recebeu capacitação para o cadastramento no PBF em treinamento promovido pelo MDS em parceria com o Estado. No município, a mesma procedeu ao treinamento das equipes de cadastramento.

Segundo informações das entrevistas, a atualização cadastral ocorreu na Secretaria de Desenvolvimento Social, que neste período funcionou em período integral (manhã e tarde). As Secretarias de Saúde e Educação participaram do processo, por meio de reuniões, e cedendo funcionários para ajudar na atualização. As equipes de cadastramento foram alocadas na Secretaria de Desenvolvimento Social, e uma equipe ficou responsável pelo cadastramento na zona rural. Houve divulgação através de carros de som, panfletos e na rádio da cidade, convocando a população para o cadastramento e recadastramento.

Neste processo foram atualizados os cadastros das famílias já inscritas no CadÚnico, transferidas para o PBF as famílias remanescentes do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Auxílio Gás, além de serem incluídas novas famílias. Também foram e estão sendo regularizadas as situações das famílias inclusas no PETI, segundo as orientações do MDS (Portaria n° 666). A maioria destas famílias foi transferida para o PBF. A inclusão no CadÚnico pode e continua a ser realizada após o período de atualização. O beneficiamento das novas famílias cadastradas em um dos programas sociais (PBF ou PETI) depende do preenchimento dos critérios de inclusão no programa e da disponibilidade orçamentário-financeira dos órgãos de financiamento.

O município atingiu 91% da meta de famílias estipulada pelo MDS, estando entre os municípios do Estado com melhor desempenho no cadastramento. Isto o beneficiou com um repasse financeiro do MDS (Art. 2° da Portaria n° 360), utilizado na manutenção do Cadastro Único, e no auxílio as famílias beneficiárias, em especial àquelas que ainda não haviam recebido o cartão magnético e necessitavam ir à agência da Caixa Econômica Federal do município vizinho de Escada para retirar o benefício.

A partir dessa atualização que a gente fez até março e a gente tá recebendo um recurso que não tem assim um valor definido porque é a partir das atualizações. Então a gente já recebeu duas parcelas de R\$ 5.000 pra trabalhar dentro do cadastro. Então a gente tá acompanhando as famílias. Com esse dinheiro a gente já alugou ônibus pra levar o pessoal pra Escada pra receber, compra questão de lanche pra o pessoal que entra de seis horas da manhã pra ser atendido, aí a gente compra pra quando eles chegarem aqui já ter um lanchinho, um cafezinho pra eles. E também pra material do expediente, do cadastro mesmo, cartucho pra impressora, papel ofício... (Entrevista 3).

Foi relatada a importância da atualização para a identificação de irregularidades no cadastro. Foram detectados e estavam em tramitação no Ministério Público Federal (agosto de 2006) 37 processos de beneficiados da gestão anterior sob suspeita de irregularidades.

Quando nós assumimos aqui a secretaria, na outra gestão a gente encontrou muita irregularidade. Assim, pessoas que não deveriam receber, com renda de R\$ 800,00, R\$ 1.000,00, R\$ 1.200,00, pessoas que não deveriam mesmo receber estavam recebendo, enquanto que a maioria das famílias da cidade, pobres, de baixa renda não tinham esse programa. Então com esse recadastramento que a gente começou a fazer, aí a gente foi encontrando essas irregularidades todas e foi encaixando essas novas famílias. (Entrevista 3).

Foi afirmado que após a fase de cadastramento foram realizadas visitas domiciliares para a averiguação da real situação das famílias, em especial das recém incluídas no CadÚnico. Também são realizadas visitas nos casos de denúncias de famílias que estão inscritas e não preenchem os critérios de inclusão. Mesmo assim há um reconhecimento da dificuldade em detectar casos irregulares.

Como é interior, muita gente é conhecida, que a maioria todo mundo conhece, todo mundo. Então fica até mais fácil trabalhar. Às vezes chega outra pessoa e diz: "Minha vizinha tá recebendo tal" então a gente vai averiguar aquela situação pra ver se é verdade. (Entrevista 3).

Infelizmente ainda tem uma família ou outra que a gente não conseguiu detectar, porque isso acontece mesmo, que é difícil mesmo. Na visita, a gente faz a visita, aí comprova uma coisa, aí os dados do sistema lá já é diferente, mas a gente tá tentando fazer o máximo possível pra regularizar tudo isso. Mas comparado com o que a gente pegou, a gente pode dizer hoje que tá 100%. (Entrevista 3).

As maiores dificuldades apontadas no processo de atualização do Cadastro Único estavam relacionadas à conscientização da população quanto aos critérios de

inclusão no programa e à integração do PBF e PETI, que ainda está em tramitação, havendo inclusive o receio de que as famílias beneficiárias do PETI deixem de cumprir as condicionalidades.

Nós enfrentamos muitos problemas assim no que diz respeito às famílias, é muito difícil conscientizar, por exemplo, se a família tem uma renda, mesmo que, se ela tem uma pessoa aposentada que mora na casa, aí tem mais a mãe e uma criança, só são três pessoas e o salário dessa aposentadoria R\$ 350,00. Então de acordo com o programa, ele não vai receber o benefício de R\$ 50,00, porque a lei, quando vai fazer a renda per capita, não permite. Então é difícil pra essa pessoa entender, aí chegam aqui pra gente e diz: “Mas eu só tenho a aposentadoria pra tudo”, então é difícil pra essa pessoa entender que é a lei que exige isso. Então eu acho que é a maior dificuldade que a gente enfrenta. Tanto com o Bolsa Família, como qualquer um desses outros programas é a conscientização do pessoal e...a cultura aqui que a gente tem é de assistencialismo, de ajudar, de esmola mesmo, não é de ensinar a pescar, é de dar o peixe pronto. Então a gente tá tentando mudar essa cultura, agora aqui tá muito difícil, tá muito difícil mesmo. (Entrevista 3).

Elas próprias tão dizendo a gente, por mais que a gente conscientize. Então: “eu vou tirar meu filho do PETI, meu filho não vai mais estudar”. Aí a gente tá explicando: se você fizer isso vai perder o Bolsa Família também! Mas muitas não querem aceitar, o que elas dizem pra gente é que: “Mas eu já recebia o Bolsa Família antes do meu filho estar nas atividades do PETI, então eu vou tirar. Ele vai poder continuar, sem estar no PETI, recebendo Bolsa Família”. Eu vejo um risco muito grande por esse lado aí. (Entrevista 3).

O apoio da Prefeitura, das Secretarias de Saúde e Educação e do próprio governo federal foram citados como facilitadores no processo. Foi relatado que no início da gestão, a Secretaria de Desenvolvimento Social possuía apenas um computador, levando a necessidade das outras Secretarias emprestarem computadores a esta. Em outubro de 2006, a Secretaria contava com 9 computadores próprios, todos com o CadÚnico implantado, sendo 6 destes só para atendimento da população, que passou a ser realizado em uma sala exclusiva.

A facilidade que a gente teve foi o apoio que a gente recebeu dos outros setores, Prefeitura, Saúde, Educação, assim o apoio em ajudar-nos a desenvolver o programa. E também o governo federal que, a partir do momento que a gente fez as inclusões esse ano, ele já foi liberando os benefícios, então isso ajudou muito a gente aqui. Não atrasou, porque quando a gente assumiu tinha benefícios que tinha quatro anos que tinham sido feitos e até então não tinham sido liberados ainda e a partir do momento que

a gente foi fazendo a atualização eles já vieram, já foram liberados. A gente tem casos de pessoas que fizeram no mês de junho e no mês de agosto já receberam. (Entrevista 3).

Sobre a opinião sobre a unificação dos programas de transferência de renda, foi relatada dificuldade inicial devido, principalmente, ao receio dos beneficiados quanto às mudanças.

Muita gente ainda tá meio assim, né, achando que “Ah, cortou meu Bolsa Escola”, a questão do Bolsa Escola, “Vou perder meu Bolsa Escola”, né. Achava que quando fosse feita a transferência para o Bolsa Família ia deixar de receber, então muita gente ficou com essa ansiedade, com esse medo, mas a grande maioria aceitou bem. Assim porque a gente conscientizou, fez divulgações na rádio, fez reuniões, procurou sempre tá informando, dando informações pra conscientizar o pessoal. (Entrevista 3).

Porém, mesmo com estas dificuldades, a unificação dos programas de transferência de renda foi considerada positiva. Foram citados como benéficos o enfoque na família como um todo, em vez de só naquelas com crianças ou gestantes, e a possibilidade de melhor gerência dos benefícios sociais, com a distribuição de atividades entre as secretarias para o atendimento das mesmas famílias, facilitando assim o trabalho das mesmas.

Quanto à focalização do programa nos mais pobres, a opinião dos entrevistados foi de que o programa estava atingindo a população mais carente.

Mas a gente tem observado e tem visto que tem realmente alcançado o seu objetivo, que é as pessoas carentes. Nós, a nossa cidade é uma cidade pobre, a maioria depende do emprego, ou do estado, educação, ou município, prefeitura no caso, ou aposentadoria, e aí a gente vê que tem também nesse povo, no meio desse povo, uma quantidade muito grande de pessoas que passam por essas necessidades, e tem, eles tem, o programa tem atingido essas pessoas, tem chegado a elas.

(Entrevista 4)

6.6.3. Oferta e Monitoramento das Condicionalidades

A oferta de serviços e o acompanhamento das contrapartidas estavam distribuídos entre as secretarias diretamente envolvidas com o PBF (Saúde, Educação e Desenvolvimento Social), sendo realizadas concomitante a reestruturação destas e seus serviços.

A oferta e acompanhamento dos serviços de saúde, sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde, ocorria via agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, e nutricionista, a qual era responsável pela gestão do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) no município. Foi informado que a nutricionista participou de uma capacitação sobre o SISVAN e a Merenda Escolar em Brasília. Os dados de acompanhamento são enviados semestralmente à Secretaria Estadual de Saúde.

Os trabalhos desenvolvidos na secretaria não estavam focados no atendimento as famílias beneficiadas pelo PBF, mas a população de forma geral. Encontrou-se um quadro de descaso no início de 2005, estando a própria sede da Secretaria de Saúde depredada. Dentre as ações de melhoramento listadas destacam-se: o aumento da cobertura de PACS e PSF de 56% para 100%, a reforma e ampliação do número de unidades de saúde, a promoção de treinamentos e capacitação dos profissionais de saúde, e a duplicação da carga horária de atendimento destes a população.

Mesmo com estas ações há um reconhecimento das limitações do município no atendimento das demandas populacionais e na efetivação das contrapartidas do PBF.

A gente tentava fazer bem essa história do acompanhamento das famílias, via Programa de Saúde da Família, agora com muitas limitações. O município é muito pobre, muito pobre. (Entrevista 2).

Quando a gente chegou os agentes de saúde não tinham balança e nós providenciamos balança pra todos eles. No nosso plano de expansão tinha a questão das bicicletas e do fardamento pra quem era da zona rural. Mas isso assim é uma limitação de recursos muito grande pra garantir tudo que foi planejado.

Então, hoje, eu diria que foram feitos formulários, mas nada assim rápido, tudo muito calmo, principalmente quando você tem que “descobrir um pano pra cobrir o outro”. Mas eu acho que foi normal assim, a gente não deixou o programa parar por conta disso não. Houve as dificuldades iniciais nos primeiros seis meses de 2005, mas aí eu tinha que levantar uma Secretaria, a Secretaria tava no chão.

Não tinha lâmpada, não tinha banheiro, nada. (Entrevista 2).

O acompanhamento das condicionalidades do PBF no âmbito da educação se restringia ao monitoramento da frequência escolar. Para isso a Secretaria de Educação contava com um técnico responsável pelo levantamento da frequência escolar de todas as crianças inscritas no PBF, junto às escolas do município. O mesmo era responsável pelo envio trimestral dos dados à Caixa Econômica Federal.

Tem um acompanhamento, que é uma pessoa que é procura fazer esse acompanhamento junto às escolas. Fica um funcionário sempre entrando em contato com a gente, pedindo informações às escolas, muitas vezes indo mesmo. A gente faz um mutirão, manda alguém mesmo marcar pra ver isso aí...Então essa questão de frequência, a gente sempre tem a colaboração das escolas porque realmente é onde... É elas que vão saber informar. (Entrevista 1).

6.6.4. Programas Complementares

Como relatado no primeiro item, o município havia implementado programas e projetos que visavam a proteção social de famílias em vulnerabilidade e o estímulo ao desenvolvimento de sua cidadania.

Outras ações realizadas eram desenvolvidas pela Secretaria de Educação em parceria com o governo estadual e Organizações Não Governamentais (ONGs). Havia os programas EJA (Educação de Jovens e Adultos), o Promata/Educação, o Alfabetização Solidária, o Se Liga, o Acelera Pernambuco e o Alfabetizar com Sucesso. De um modo geral estes programas visam a redução do analfabetismo (de 28% na população acima de 25 anos no ano 2000 – AMUPE, 2006) e a melhoria da formação educacional.

No entanto, todas essas ações desenvolviam-se independentes do Programa Bolsa Família. Não havia demonstração de que as ações fossem planejadas considerando as propostas dos Programas Complementares contida no desenho do PBF. O que ocorria, como já mencionado, era a inclusão de beneficiários destas ações no CadÚnico, na expectativa de que fossem incluídos no PBF. Não havia focalização específica/ preferencial nas famílias já participantes do programa. Algumas colocações sugeriam que determinadas iniciativas serviam como uma compensação àquelas famílias que ainda não haviam sido contempladas com o Bolsa Família.

Fizemos, mas pra aquelas famílias que não estavam dentro do programa (PBF). Pra aqueles que não conseguiram entrar no programa. (Entrevista 2).

A geração de emprego e renda, junto à educação, foi apontada por um dos entrevistados como um dos pilares para tornar o PBF eficaz no seu objetivo de retirar os beneficiários da situação de pobreza em que se encontravam.

É preciso fazer um investimento maciço na educação básica, é preciso fazer investimento na geração de emprego e renda. Eu acho que um “braço” essencial pra esse programa de renda mínima é a questão do PRONAF, a questão da agricultura familiar. Acho pra municípios pobres como Gameleira, teria que ter espécies de escritórios do PRONAF, escritórios locais do PRONAF. (Entrevista 2).

No entanto todos os entrevistados desconheciam a existência de programas específicos na área, e de alguma ação do PRONAF no município. Foi mencionado um projeto elaborado pela Secretaria de Desenvolvimento Social para a implantação de pólos de geração de emprego e renda com fábricas de vassoura, costura e uma serraria, a serem instaladas nas ruínas de uma antiga usina na entrada da cidade. O projeto foi aprovado no Conselho Municipal de Assistência Social e estava em tramitação no governo federal.

6.6.5. Descentralização e Intersetorialidade

Sobre a cooperação das esferas de governo para gestão do PBF, foi relatado o estabelecimento de relações harmônicas e de apoio tanto em relação ao nível estadual como federal.

Sempre que a gente precisa de algum tipo de informação a gente tem conseguido. Mais pra o estado, consegue mais com o estado, com o ministério é um pouquinho difícil, até porque federal né, todo mundo liga, todo mundo quer informação, todo mundo quer alguma coisa, mas quando a gente precisa a gente é atendido. (Entrevista 3).

Sempre que tem uma medida nova, alguma decisão nova pro ministério, a secretaria do estado sempre envia fax, ofício, pra repassar pra gente. Então tá sempre fazendo isso: reuniões, capacitações. Então a gente tá sempre informado e até mesmo no site do ministério que a gente tá sempre abrindo, todo dia tem, aparece alguma coisa nova, a gente tem sempre contato. (Entrevista 3).

Foi afirmado que o município procurava seguir as orientações da União sobre o programa sem nenhuma modificação.

A gente sempre procura seguir o que vem do ministério porque a gente tem até a vantagem de tá sendo acobertado. No caso se alguém disser “não isso aqui tá errado” a gente tem a garantia. Isso tá em tal

portaria, isso tá em tal instrução normativa que venha de lá. Então a gente procura seguir à risca.

(Entrevista 3).

Sobre a questão da autonomia do município um dos gestores faz a seguinte declaração:

Eu tenho pensado muito nisso, quais são os limites do município de pequeno porte?...E cada vez que eu penso, vai ficando mais claro que, com relação aos municípios de pequeno porte você não pode esperar nada muito inovador, seria exigir demais. Mas assim, eu acho que os municípios têm a obrigação de gerenciar bem os programas que já estão criados. Eu acho que esse é o grande desafio. (Entrevista 2).

O conhecimento sobre programa variou entre os entrevistados, sendo que a pessoa responsável pela coordenação demonstrou possuir um nível de informação bastante satisfatório. Os demais entrevistados mostravam noções gerais do programa, ignorando aspectos do seu desenvolvimento no município, focando sua atenção nas orientações para execução do acompanhamento das contrapartidas. Entretanto, um dos gestores apresentava conhecimento vago do programa, apresentando algumas informações contraditórias e demonstrando o desconhecimento de como estavam as contrapartidas da sua área e dos detalhes nos repasses destes dados.

Quando fala em Bolsa Família, então eu só atribuo à Assistência Social, eu não sei se, se é a própria Secretaria que é gestora disso aí, se existe um conselho pra isso, eu não tenho esse conhecimento.

(Entrevista 1).

Observou-se a disposição de haver uma melhor oferta de serviços à população de forma geral, não havendo preocupação diferenciada com o acompanhamento dos inscritos no PBF. A responsabilidade do acompanhamento era delegada a técnicos.

No geral foi feita (aperfeiçoamento e estruturação dos serviços), não somente pra atender a demanda do Bolsa Família, mas no geral foi feita reestruturação em várias escolas do município, postos de saúde também. (Entrevista 3).

Na Educação existe o técnico lá, que a função dele é essa lá na secretaria e ele trabalha diretamente com o sistema de frequência escolar. Então ele repassa essa frequência e envia pelo sistema pra o ministério. A saúde nós temos a nutricionista, faz o acompanhamento, ela quem é responsável lá na saúde, então o acompanhamento pela saúde é feito com os agentes de saúde e pelos PSFs do município. Então cada bairro que tem o seu posto, cada engenho na zona rural que tem o seu posto, ele envia, os agentes de saúde fazem esse acompanhamento domiciliar, repassam pra Secretaria de Saúde, onde é feito também esse repasse de dados. (Entrevista 3).

Foi referido que o diálogo entre as Pastas envolvidas na gestão do PBF (Desenvolvimento Social, Saúde e Educação) ocorria via Conselhos, com técnicos das Secretárias de Saúde e Educação participando no Conselho Municipal de Assistência Social, e técnicos do Desenvolvimento Social participando nos Conselhos de Saúde e Educação.

Esse diálogo se restringe de duas formas: primeiro, a participação de técnicos da Secretaria de Saúde no Conselho Municipal lá de Assistência Social, e a participação de técnicos da assistência social no Conselho Municipal de Saúde. Agora a nossa relação se dá apenas no acompanhamento dos condicionantes. (Entrevista 2).

Nós temos dois funcionários nossos que participam do conselho da Secretaria de Ação Social, mas... não sei o nível de discussões que eles têm lá. (Entrevista 2).

Pela análise das entrevistas verificou-se que a tomada de decisões sobre o programa no município ocorria ao nível da Secretaria de Desenvolvimento Social. Não houve demonstração de que ocorresse interação entre os gestores para discussões e avaliações dos resultados do programa no município.

6.6.6. Participação Social

A instância responsável pelo controle social do PBF no município era o Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). Havia sido criado em 2005 um Comitê Gestor do PBF, sob a presidência da coordenadora do Bolsa Família, no entanto por informação da própria este não estava funcionando, tendo ocorrido apenas uma reunião. O município também não contava com um Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional.

O Conselho de Assistência Social também era presidido pela coordenadora do PBF, a qual também representava a Pastoral da Criança. Os outros membros eram a Secretária de Desenvolvimento Social, a assistente social, um técnico da Secretaria de Saúde, um técnico da Secretaria de Educação, um representante da Igreja Católica, e representantes de três creches, sendo uma vinculada à Igreja Católica, outra ao Centro de Mulheres e a outra a uma Associação de Bairros. Isto mostra uma composição não

paritária do conselho, pois há cinco representantes da Prefeitura e quatro da sociedade, completando cinco ao considerar a coordenadora do PBF como representante da Pastoral da Criança.

A presidente do Conselho afirmou que este já existia na gestão anterior, mas por informações de outros conselheiros não funcionava, só havendo reuniões quando era necessária a assinatura destes para a aprovação de contas.

As informações foram obtidas pela entrevista com a Coordenadora do PBF e de apenas um conselheiro, indicado pela mesma. Este relatou que o Conselho era de natureza consultiva, mas, no entanto, todas as suas decisões até aquele momento haviam sido acatadas pela Secretaria. Havia um bom relacionamento com a prefeitura e entre os conselheiros, não sendo relatado a existência de conflitos.

Segundo o entrevistado as reuniões ocorriam com periodicidade mensal, e as pautas eram definidas pela presidente, a vice-presidente (representante da Saúde) e pelo representante da Igreja Católica, também no cargo de vice-presidente. Afirmou que havia articulação do Conselho com os Conselhos de Direito, Educação e Saúde, e que todos os conselheiros eram favoráveis ao PBF.

A participação no PBF ocorria de três formas: através da coordenadora do programa, que repassava para os demais membros do conselho tudo que acontecia sobre ele; na atualização do CadÚnico, quando um dos membros do conselho fez parte da equipe de cadastramento; e auxílio na fiscalização dos beneficiários, havendo situações de indicação de pessoas para receberem o benefício e outras para serem retiradas do programa.

7

DISCUSSÃO

O Programa Bolsa Família é atualmente o programa social de maior abrangência no país, considerado referência internacional na sua modalidade (transferência de renda) e como alternativa no combate à pobreza e a fome. O presente estudo visa proceder a uma análise do desenvolvimento deste programa em um município com dramáticos indicadores sociais, histórica falta de investimentos e corrupção do aparelho público.

Deve se considerar que os resultados encontrados neste e em outros trabalhos semelhantes são provenientes de informações fornecidas pelos entrevistados, estando sujeitos a vieses de memória, sub ou superestimação.

A primeira questão a ser destacada é que a análise dos dados quantitativos, reforçada por demonstrativos das entrevistas, mostra que a população estudada se caracteriza pela homogeneidade nas condições socioeconômicas. Tal fato pode ser considerado consequência do próprio desenho do estudo, que focalizou o trabalho de campo nas áreas consideradas de maior vulnerabilidade social e nas famílias com menores de cinco anos, apresentando, segundo dados da PNAD (2004), maior risco de insegurança alimentar e nutricional. E encontra respaldo na impressão dos entrevistados participantes da pesquisa qualitativa sobre o município e sua população.

Na verdade eu acho que assim, tirando os funcionários públicos de Gameleira, acho que todo o resto da população tinha que tá no Bolsa Família.

Assim, há de se considerar a possibilidade de que ao menos na amostra estudada, a maioria das famílias não inscritas também poderia ser contemplada com o Programa Bolsa Família.

7.1. Características Socioeconômicas

Verifica-se que quase 70% da amostra pesquisada estava inscrita no Programa Bolsa Família. No município, a cobertura do programa apresentou importante crescimento, de 10,5% (2.639 beneficiários) em maio de 2006 para 14,4% de toda população em dezembro de 2006 (3.628 beneficiários), superior a cobertura no Estado

(10,3%) e no país (6,1%) no mesmo período. Este número supera a estimativa de famílias pobres com perfil para o Bolsa Família no município (2.946 famílias; 11,7% da população) (MDS, 2006). No entanto, apresenta-se bastante distante dos 73,6% de pobres estimados no município pelo Mapa do Fim da Fome II, vivendo com até R\$ 79,00 *per capita* (FGV, 2004).

Os dados de cobertura do PBF na amostra foram superiores aos encontrados na pesquisa da Chamada Nutricional (2006), tanto no semi-árido pernambucano (37%) como em toda região semi-árida do país (35,2%), os quais foram, no entanto, superiores à cobertura do programa no município. Tais dados demonstram que a área pesquisada pode ser considerada prioritária para ações de SAN, como também se conformam à prioridade dada a região semi-árida na implementação do PBF e de outras ações do Fome Zero em relação a regiões como a Zona da Mata.

Em relação à inscrição de famílias no CadÚnico, a recomendação do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) é que este seja realizado em visita domiciliar. Entretanto, procedeu-se à alternativa de anunciar o cadastramento através da rádio, carros de som e nas unidades de ensino e saúde, e realizá-lo na Secretaria de Desenvolvimento Social e com uma equipe móvel de cadastradores para a zona rural, provavelmente devido a limitação de recursos humanos e financeiros, sendo referida a realização das visitas domiciliares após o período de cadastramento. Os dados da amostra mostraram a importância da propagação das informações relativas ao programa, com peso significativo de terceiros na intermediação do cadastramento das famílias, em especial dos agentes de saúde, principalmente na zona rural.

Na zona urbana, a maior facilidade de comunicação e deslocamento favorece a adesão das famílias ali residentes. A estratégia de uma equipe móvel na zona rural pode ser considerada como um fator potencializador no alcance das famílias mais vulneráveis situadas nesta área. Pode-se afirmar que esta última estratégia mencionada pode ter tornado a captação de beneficiários mais efetiva do que a ocorrida no município de São Francisco de Itabapoana (RJ), onde o cadastramento era realizado exclusivamente na Secretária de Educação, responsável pela gestão do PBF naquele município (SCHOTTZ, 2005). A adoção de uma estratégia alternativa também

se fazia necessária neste município, pois além das habituais dificuldades de acesso dos mais vulneráveis, sua população é predominantemente rural. Ao mesmo tempo a operacionalização era mais difícil do que em Gameleira, devido a maior extensão territorial e menor densidade demográfica. As dificuldades relativas a transporte e precariedade de estradas, citadas como impeditivas da ida as áreas rurais daquele município também são encontradas em Gameleira, principalmente nos períodos chuvosos (SCHOTTZ, 2005).

O enfoque do programa em toda a família, independente da presença de crianças ou gestantes, como é comum nos programas de combate à fome e à pobreza no Brasil, juntamente a adoção destas estratégias de captação e cadastramento dos beneficiários no município, pode ter contribuído para superar ou minimizar a tradicional focalização perversa que ocorre nestes programas, no não alcance dos grupos mais carentes (PELIANO, 1992; LOPES; TELLES, 1996).

Pelo conteúdo das entrevistas e respostas das famílias quanto às exigências para inscrição/manutenção no PBF, observou-se que as informações repassadas às famílias no momento do cadastramento foram focadas nos critérios de inclusão e desligamento do PBF, inclusive nas implicações legais de informações inverídicas. Não foi mencionado o repasse de informações sobre as condicionalidades naquele momento. Isto pode ser devido a real omissão destas informações, ou as mesmas foram repassadas com menor nível de preocupação, dada a prioridade da atualização cadastral em si, que estava sob a pressão do prazo estipulado pelo MDS. Foi referido que as condicionalidades eram constantemente informadas às famílias nas unidades de ensino, saúde e na própria Secretaria de Desenvolvimento Social.

Observando as características demográficas e econômicas das famílias, verifica-se o maior percentual de moradores antigos, em especial entre os inscritos do PBF. O dado encontra respaldo nas orientações do programa, devendo as famílias beneficiárias ser residentes no município, e considerar o tempo de permanência e a origem dos munícipes fortalece vínculos e permite o melhor planejamento de intervenções públicas.

Os dados de renda exclusiva do salário mostram que mais de 90% dos grupos avaliados, com exceção dos não inscritos da área urbana (78%), preenchem os critérios de inclusão no CadÚnico (renda *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo). Ao se considerar a

renda total, sem o Bolsa Família, verifica-se que praticamente não há alteração do quadro, porém ocorre importante migração do estrato que possui renda de até $\frac{1}{4}$ de salário para o que possui até $\frac{1}{2}$ salário. Adicionando o montante proveniente do PBF, diminui a diferença entre inscritos e não inscritos, igualando a situação na zona rural, entretanto, permanecendo a situação desigual entre os grupos da zona urbana, com a maior proporção de baixa renda entre os inscritos.

Os dados de renda *per capita* encontrados na amostra são ainda mais graves que os da II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição de Pernambuco (II PESN) de 1998, na qual 53,6% da população do Estado e 44% da população do interior urbano do Estado possuíam renda *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo.

Considerando o salário mínimo no período da pesquisa de campo (R\$ 260,00) e os critérios de inclusão no PBF na época (até R\$ 100,00 *per capita*), nota-se que entre os inscritos havia famílias que relataram auferir renda superior ao estabelecido pelo programa, sendo algumas do segundo estrato de renda ($> \frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$ salário) e todas (29 casos) do terceiro estrato ($\geq \frac{1}{2}$ salário). Isto pode ser indicativo de falha no cadastramento, mas também pode ser resultado da variação de renda a que estas famílias estão submetidas, já que a maioria alcança sua subsistência através de trabalhos informais e/ou esporádicos.

Comparando-se as zonas, verifica-se maior proporção de famílias nos dois estratos de renda mais baixos na zona rural do que na urbana. A cobertura de inscritos no PBF foi pouco maior na área urbana, porém sem diferença estatística. Estas questões reiteram a necessidade de estabelecer estratégias de alcance das políticas públicas à população rural.

Diante da situação de renda observada, quase 90% dos inscritos no PBF recebiam o benefício fixo de R\$ 50,00 destinado às famílias consideradas em extrema pobreza.

Corroborando com um dos principais objetivos do programa e com avaliações de outros programas de transferência de renda, nacionais (Bolsa Alimentação, 2004 e 2005) e internacionais (Progres, 2000), a maioria das famílias beneficiárias (cerca de 90%) relatou o uso do dinheiro para a compra de alimentos.

Quanto às dificuldades relatadas para receber o benefício do programa, com exceção da fila, havia uma diferenciação entre as zonas, sendo a distância e dificuldade de transporte característicos da zona rural, e caixa eletrônico quebrado/ sem dinheiro da zona urbana, possivelmente pelo fato das famílias desta área terem mais acesso ao caixa, e conseqüentemente tentarem mais vezes o recebimento do benefício.

Praticamente todas as famílias beneficiárias e todos os entrevistados envolvidos na gestão do programa consideraram que este proporcionava melhoria de vida. As famílias afirmavam a importância do benefício para as despesas de casa e compra de alimentos. Já os entrevistados reiteravam a importância das condicionalidades e a necessidade de ações estruturais paralelas para que o benefício financeiro do programa pudesse promover mudanças nas condições socioeconômicas das famílias beneficiárias. Entretanto, observou-se no município a falta de iniciativas específicas para auxiliar estas famílias a sair das condições de pobreza em que se encontravam. Ao contrário, a impressão transmitida por alguns entrevistados era de que as famílias beneficiárias do PBF eram privilegiadas dentro do universo de pobreza existente no município.

Quanto às características do chefe da família, observou-se a predominância do sexo masculino, com valores maiores de 80% na área urbana e 90% na área rural. Estes dados são superiores aos encontrados na região semi-árida do Estado (76,2%) e do país (74,2%). Fatores culturais também podem intervir na consideração do homem como o chefe da casa, mesmo quando este não possui renda ou a maior renda da família.

Chamam a atenção os dados de alfabetização e escolaridade. A taxa de analfabetismo na amostra, já excluindo àqueles que apenas liam ou liam e assinavam o nome, é superior a dos chefes de família da região semi-árida do estado (13%) e do país (12%), e de toda a população do município (38%), de Pernambuco (21,8%) e da Região Nordeste (23,2%), sendo aproximadamente quatro vezes maior que a média nacional (11,6%). Mesmo considerando as médias de analfabetismo funcional do Brasil (24,8%), do Nordeste (39%) e do Estado (34,9%), a proporção de analfabetismo na amostra ainda é maior (MDS, 2006; IBGE, 2000; 2004). Além disso, a proporção de analfabetos nos grupos (entre 35,3% e 55,1%) é consideravelmente superior aos do

que nunca freqüentaram a escola (entre 9,5% e 26,5%), o que permite questionar a qualidade do ensino ao qual tiveram acesso estes chefes de família.

Os anos de estudo dos chefes de família da amostra também foram menores do que os do semi-árido pernambucano e nacional. Aqueles com menos de 4 anos de estudo representavam uma média de 55,5% da amostra, sendo 29,7% no semi-árido pernambucano e 29,8% no brasileiro. Enquanto aqueles que possuíam 5 ou mais anos de estudo equivaliam a apenas 23% da amostra, contra 57,6% no semi-árido pernambucano e 72,1% no brasileiro (MDS, 2006). A baixa escolaridade foi maior entre os inscritos no PBF do que entre os não inscritos, apresentando diferença significativa no estrato urbano.

Em relação à ocupação, os dados mostram uma situação diferente entre as áreas. Na zona urbana, encontravam-se desempregados 43,2% dos chefes de família inscritos e 36,8% dos não inscritos, enquanto na zona rural estes valores eram de 13% e 16,9%, respectivamente. Mesmo na zona rural a proporção de desemprego é superior à estadual (10,6%), regional (8,7%) e nacional (9,7%) (IBGE, 2004). Vale salientar que a pesquisa foi realizada no período da entressafra da cana-de-açúcar, quando a maioria das famílias do município, e da zona da mata em geral, passam de seis a oito meses do ano sem sua principal fonte de renda, o que como demonstrado afeta mais o setor urbano, já que a base da economia do município esta no setor primário.

7.2. Condições dos Domicílios

O estudo dos domicílios mostra que em algumas características da casa e posse de bens os inscritos no PBF apresentaram uma diferenciação positiva em relação aos não inscritos, principalmente na zona rural. Como a renda das famílias inscritas era menor do que as não inscritas, estas melhorias no domicílio podem ter ocorrido pela utilização do benefício do PBF, possivelmente referente à *ajuda nas despesas de casa* afirmada pelas famílias como uma melhoria de vida proporcionada pelo programa.

Em relação às paredes, na zona urbana a maioria era de alvenaria (cerca de 70%), como nas casas das famílias participantes da avaliação sobre o Programa Bolsa Alimentação (58,5%), realizada em municípios selecionados de todo o Nordeste (MS,

2005). Na zona rural isto se repetia entre os inscritos do PBF (59,3%), porém, entre os não inscritos havia mais casas com paredes de outros materiais (taipa, tijolo, outros). O piso de cerâmica/lajota/cimento ocorria na maioria das casas, também como na avaliação do PBA (87,9%). Ele estava presente em mais de 80% dos domicílios urbanos, em 76,5% dos inscritos da zona rural, diminuindo para 60,7% entre os não inscritos.

Os inscritos das duas zonas também possuíam casas com maior número de cômodos. Na zona urbana, 71,6% dos inscritos moravam em domicílios com 5 cômodos ou mais, e na zona rural isto ocorria em quase a metade das famílias. Em contrapartida, a média e a mediana de moradores no domicílio foi maior entre os inscritos do que entre os não inscritos. Em todos os grupos analisados as médias de moradores foram superior à estadual (3,9), regional (3,9) e nacional (3,5), mesmo considerando apenas o estrato rural (4,2; 4,2; e 3,9, respectivamente).

Quanto à posse de bens, dos 14 itens avaliados houve diferença entre inscritos e não inscritos em seis itens. Os inscritos do setor rural possuíam mais televisores coloridos, antenas parabólicas, liquidificadores e bicicletas do que os não inscritos. No setor urbano isto ocorria em relação à posse de televisores em preto e branco. Tal fato pode ser um indicativo de que o benefício do PBF tem possibilitado um incremento na aquisição de bens por parte de seus beneficiários.

Dos itens elencados, apenas o telefone fixo estava mais presente nos domicílios não inscritos da zona urbana do que nos inscritos. Na zona rural, este bem não constava em nenhuma casa. Também foi observada a baixa proporção da geladeira e do fogão a gás, fundamentais para a conservação, preparo e assepsia dos alimentos. O uso de métodos de cocção rudimentares como o fogão de barro, observado no interior de muitos domicílios, apresenta grandes riscos, principalmente às crianças, devido a maior facilidade de acidentes e à constante inalação de fumaça proveniente deste.

O acesso à energia elétrica foi satisfatório, cobrindo todos os domicílios da zona urbana e quase todos na zona rural, perfazendo uma média de 96,4% na amostra. Este dado corrobora com os encontrados no semi-árido pernambucano (96,8%), brasileiro (95,4%) e na avaliação do PBA (95%), sendo superior à média do Estado (91,5%), mas

inferior à média do interior urbano do Estado (99,6%), de acordo com a II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (1998).

O abastecimento de água se mostrou precário, com cerca de 70% dos domicílios urbanos e ínfimos 10% rurais obtendo água da rede pública (com canalização interna ou externa). Considerando todo o município, a rede de abastecimento alcança 60,4% das residências (CPRM/ PRODEEM, 2005), impondo ao restante da população a necessidade de obter água através de poços, nascentes, cisternas ou cacimbas. Isto demonstra uma situação ainda pior do que a encontrada no semi-árido brasileiro (76,3%), no interior urbano de Pernambuco (87,8%) e no Brasil (75,8%). Comparando com dados da avaliação do PBA (56,9%) e do semi-árido de Pernambuco (55,3%), o setor urbano da amostra e o município apresentaram condições menos desfavoráveis.

Gameleira não sofre com períodos de seca como o semi-árido, ao contrário, está localizada na Zona da Mata Meridional, região que registra a maior umidade e pluviosidade do Estado e, ironicamente, sua população apresenta tão baixa cobertura da rede pública de água. Tal quadro pode ser uma explicação a um problema observado durante as visitas ao município: o furto de bombas de água das escolas. Demonstrando efeitos da precariedade de infra-estrutura na formação do capital social daquela cidade.

Hoje, em pleno século XXI, com todo o avanço das tecnologias de saneamento, uma região abundante em chuvas sofre com a dificuldade de acesso a um dos principais itens para o alcance da Segurança Alimentar e Nutricional: a água.

Quanto ao tratamento dado à água de beber, observou-se a ausência do mesmo na maioria das famílias (cerca de 70%), com exceção daquelas que não estavam inscritas no PBF e localizadas no setor urbano (57,3%). Os dados da II Pesquisa Estadual mostram que a maioria das famílias realizava algum tipo de tratamento na água para consumo, sendo as que não o faziam correspondentes a 17,3% no interior urbano e a 18,3% no estado (II PESN, 1998). No semi-árido pernambucano e brasileiro, a falta de tratamento da água foi relatada em, respectivamente, 7,6% e 9,6% das famílias (MDS, 2006). Isto demonstra não só a precária infra-estrutura da região como a baixa educação sanitária dos seus residentes, inclusive em comparação ao restante da população pernambucana e do semi-árido.

A situação do esgotamento sanitário também é bastante precária, pois considerando a rede geral junto com a fossa com tampa, apenas pouco acima de 70% das residências no estrato urbano e de 20% no rural contavam com uma destas formas de esgotamento. Os dados apresentam semelhanças com os do interior urbano estadual (30%), do Estado (64,6%), e do Brasil (59,2%) (II PESN, 1998; Censo, 2000). O que novamente demonstra o descaso histórico e patológico com a urgência de intervenções no saneamento público, não só no município como em todo o Estado e Nação.

7.3. Oferta e Utilização de Serviços

A ocorrência de gravidez anterior à pesquisa no estrato urbano, e atual ao momento da entrevista no estrato rural apontou diferenças, com maior proporção de gestantes entre os não inscritos. O nascimento de filhos nascidos vivos nos 12 meses anteriores à pesquisa também foi mais freqüente entre os não inscritos no PBF, tanto na zona urbana como na rural. O percentual destas três variáveis na amostra é superior à encontrada no interior urbano, na Região Metropolitana do Recife (RMR) e no Estado na II PESN.

Apesar deste quadro, a maioria das entrevistadas relatou o uso de algum método anticoncepcional, principalmente entre os não inscritos rurais (69,6%), inclusive com percentuais superiores aos relatados na II PESN tanto no interior urbano (55%), como na RMR (57,7%) e no Estado (54,8%). O uso de pílulas e preservativos foi maior entre os não inscritos, enquanto a utilização da laqueadura (método permanente e irreversível) foi mais referida entre os inscritos, com diferença estatística na zona rural. Foi relatado que a realização deste procedimento ocorreu na maioria dos casos por decisão da mulher e em uma cirurgia específica.

Possivelmente a maior preocupação com a utilização de métodos anticoncepcionais tenha ocorrido após o nascimento do último filho. Além disso, talvez a inclusão no PBF possibilite maior acesso à contracepção, especificamente ao método da laqueadura, ou as mães inscritas no PBF tenham um histórico de maior vínculo aos

serviços de saúde, facilitando tanto o acesso a este método como a própria inscrição no PBF.

A cobertura do pré-natal na gestação dos menores de cinco anos pode ser considerada satisfatória (cerca de 90%), exceto entre os não inscritos da área rural (72%), estando pouco acima das médias estadual (88,1%), regional (85,4%) e nacional (84,1%), mas abaixo do encontrado no semi-árido pernambucano (98,2%) e brasileiro (97,2%). Entretanto, o acompanhamento pré-natal das gestações atuais ao momento da entrevista apresentou proporções bem menores, com cerca de 70% no estrato urbano, e 31,6% (inscritos) e 53,3% (não inscritos) no estrato rural, o que demonstra uma fragilidade dos serviços de saúde no acompanhamento das gestantes, tanto em nível de Bolsa Família como de Programa de Saúde da Família.

Dentre as gestações pregressas, a maioria afirmou ter iniciado o acompanhamento do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, atendendo a recomendação do Ministério da Saúde (1^o consulta até o quarto mês), mas com valores abaixo do encontrado no semi-árido pernambucano (79,5%) e brasileiro (82%). Neste aspecto também houve diferença desfavorável aos não inscritos, mas na zona urbana (MS, 2004).

Estas diferenças reforçam a possibilidade de uma maior vinculação dos inscritos com os serviços de saúde. Entretanto, o resultado de orientação sobre alimentação no pré-natal mostra diferença desfavorável aos inscritos urbanos do PBF. Isto pode ser devido à baixa qualidade do pré-natal ou porque estas famílias haviam recebido esta orientação em outro momento, corroborando com a hipótese de um maior vínculo com os serviços de saúde, de origem anterior ou posterior à inscrição no PBF.

Quanto à orientação sobre aleitamento materno, não houve diferença entre os grupos, ocorrendo com uma cobertura superior à orientação sobre alimentação, e correspondendo aos resultados encontrados no interior urbano (85,3%) e no Estado (81,8%) na II PESN. Apesar de a maioria das mães terem sido imunizadas com a vacina antitetânica (média de 89,8%), os valores foram inferiores aos do interior urbano (96,2%) e do Estado (94,4%).

Praticamente todos os partos ocorreram em maternidade ou hospital, no entanto, a parteira foi relatada como a que mais os realizou, com exceção dos não inscritos

urbanos, que tiveram maior assistência de médicos, mesmo assim com uma baixa cobertura (41%), menor do que a estadual (51%) e principalmente em relação à Região Metropolitana do Recife (82%) (II PESN, 1998). Observou-se também a maior ocorrência de partos cesáreos neste grupo (22,9%), mas ainda em uma proporção menor do que a encontrada no Estado (34,2%), na Região Nordeste (30,5%) e no país (41,8%), uma das maiores do mundo (Hopkins, 2000; SIAB, 2005).

Tais dados demonstram uma baixa cobertura de médicos no município, o que é um fator comprometedor a assistência à saúde da mulher (Meta do Milênio n° 5). No entanto, esta carência tem um efeito positivo na menor proporção de partos cesáreos, fator de risco para morbi-mortalidade materna, sendo a taxa de mortalidade materna sete vezes maior nos partos cesáreos em relação aos normais (OSARA, 2005). As condições de saúde e nutrição das mulheres têm significativa relevância, em especial na gestação e lactação, pois interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento das crianças no período intra-uterino e pós-natal. Estes, por sua vez, são determinantes dos padrões de morbidade que podem se estabelecer tanto na infância como na vida adulta (CABALLERO, 2006).

Em relação ao peso ao nascer, a ocorrência de baixo peso e peso insuficiente (< 3000g), com uma média de 21,8%, foi menor do que a encontrada no interior urbano (27,6%), no Estado (27,2%), na Região Metropolitana do Recife (34,1%) (UFPE, 1998), e também em outras regiões do país, como na cidade de Pelotas (32,6%) e em municípios do Estado de São Paulo (33,8%) (HORTA et al, 1996; MONTEIRO, 2000). Embora praticamente todos os entrevistados tenham mostrado o cartão da criança, o peso estava registrado em cerca de 80% dos cartões na zona urbana e em cerca de 70% na zona rural.

A prevalência de crianças que mamavam no momento da pesquisa era maior entre os não inscritos, o que pelos dados de gestação anterior e nascimento de filhos no último ano, pode ter ocorrido pelas crianças deste grupo apresentarem menor idade. A prevalência das que haviam mamado anteriormente era maior entre os inscritos no PBF.

A amostra apresentou uma proporção de crianças que nunca mamaram inferior à encontrada na II PESN, tanto no interior urbano (14,5%) como no Estado (10,5%),

porém superior a média nordestina (4,9%) (UFPE, 1998; LIMA, 2001). Na zona rural, a proporção de crianças que nunca mamaram é quase três vezes maior entre as não inscritas do que entre as inscritas no PBF.

Observou-se que a maior proporção de mães em todos os grupos afirmou ter amamentado por mais de seis meses, superando os resultados encontrados em Pernambuco (30,6%) e no seu interior urbano (21,9%) na II PESN.

A ocorrência de diarreia nas duas semanas anteriores a pesquisa, em todos os grupos, foi superior a encontrada no Estado (19,8%), em seu interior urbano (19,9%) e em todo o Nordeste (15,4%) (UFPE, 1998; IBGE; UNICEF, 1992). A proporção foi maior nos não inscritos, havendo diferença estatística na zona rural. A diarreia é uma enfermidade multicausal, associada a fatores socioeconômicos, políticos, demográficos, sanitários, ambientais e culturais (TEIXEIRA; HELLER, 2005) e fator de risco para morbi-mortalidade infantil (FISBERG et al, 2004). Muitos destes, como a baixa renda, a ausência de saneamento básico e bens de consumo (geladeira, rádio e televisão) ocorriam em alta escala na amostra, e especificamente no setor rural, a proporção dos fatores ausência de amamentação e televisão era maior entre os não inscritos (VÁZQUEZ et al, 1999; VENÂNCIO et al; 2002).

Os dados mostram que a maioria das crianças que tiveram diarreia recebeu soro via oral (caseiro ou industrializado) por orientação principalmente do médico, e não suspenderam a alimentação neste período, demonstrando um nível satisfatório dos conhecimentos básicos no tratamento desta patologia. Entretanto, deve-se salientar a preocupação com o uso do soro em consideração aos dados relativos ao abastecimento e tratamento da água para consumo, uma vez que o comprometimento da qualidade da água para diluir o soro poderá levar a exacerbação do quadro diarréico.

Em concordância com os dados anteriores, a proporção de hospitalizações e consultas nos menores de cinco anos foi superior entre os não inscritos, com diferença significativa nas consultas da zona rural. O profissional mais consultado também foi o médico. A alta recorrência a este profissional de referência pode ser um indício de deficiência na atenção básica do município, ou na cobertura, ou na capacitação dos agentes de saúde, ou em ambos aspectos.

Observou-se que tanto o acesso aos serviços de saúde como a regularidade de visita dos agentes de saúde pode ser considerada satisfatória na área urbana, entretanto, na rural o acesso é mais difícil, necessitando em maior proporção de meios de locomoção (ônibus, carro, moto, outros) ao mesmo tempo em que os agentes de saúde visitam com menor regularidade.

Os dados de acompanhamento no cartão da criança (registro de peso, desenvolvimento e suplementação de vitamina A) mostram uma cobertura muito baixa, principalmente na zona rural. Apesar do acompanhamento do peso ser uma das condicionalidades do PBF, os inscritos da zona urbana apresentaram um registro menor desta medida do que os não inscritos. Estes dados reiteram a maior dificuldade de acesso da população localizada no setor rural, e reforçam indicativos da baixa qualidade da atenção básica prestada à população, aumentando consideravelmente a vulnerabilidade de quem vive em condições de infra-estrutura tão precária.

A administração de vitamina A as mães no pós-parto também apresentou uma cobertura muito baixa. A não suplementação de vitamina A às mães e crianças (> 6 meses) é um fato bastante grave, pois se trata de uma das principais medidas de ação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), extremamente necessária devido aos conhecidos efeitos deletérios da carência de vitamina A tanto na mulher como na criança, e à sua elevada magnitude amplamente registrada em diversos estudos em todo o Nordeste.

Também se observou a baixíssima proporção de mulheres que realizaram a prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Tais dados também indicam a baixa condição de educação em saúde e oferta de serviços no município. O câncer de mama e o de colo são, respectivamente, o segundo e terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo o de mama a maior causa de óbitos. A detecção precoce é realizada com medidas simples e possibilita a cura em elevada proporção dos casos (MS, 2006).

O exame preventivo destas patologias está incluso no Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher (MS, 2006), sendo procedimentos básicos no monitoramento da saúde da população feminina e constituintes do elenco de medidas necessárias para o alcance da Meta do Milênio nº 5.

Desta forma, é imprescindível que sejam tomadas providências para uma mudança desta situação, preferivelmente via Programa Saúde da Família, já que consiste numa das responsabilidades deste.

Em relação à educação, observou-se a maior presença de menores em idade escolar (7 a 14 anos) entre os inscritos no PBF, nas duas zonas, o que mostra que estas possuíam maior número de dependentes, interferindo na renda *per capita* e tornando-as em maior risco de insegurança alimentar. Tal dado corrobora com outros indicadores de uma focalização correta do programa na amostra. Praticamente todas as crianças de 7 a 14 anos se encontravam na escola, sendo apenas três casos de trabalho relatado.

7.4. Acompanhamento das Condicionalidades

Dados disponíveis no SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) mostram a cobertura no acompanhamento das condicionalidades relativas à saúde em quatro vigências, referentes aos primeiro e segundo semestres de 2005 e 2006. Em Gameleira, no primeiro semestre de 2005, não houve acompanhamento de nenhuma família. Ressalta-se que isto foi informado pelo gestor responsável no momento da entrevista, e coincidiu com o período inicial da atual gestão, sendo o momento em que ocorreu a reorganização e estruturação dos serviços. Além disso, a 1ª vigência de 2005 mostrou uma baixa cobertura de acompanhamento no Estado (6,9%), no Nordeste (7,3%) e em todo o país (6,5%), sendo a maior cobertura realizada na Região Sul (13,9%) (MS, 2007).

O segundo semestre de 2005 mostrou um crescimento importante na cobertura, com 41,4% dos beneficiários de Gameleira acompanhados, sendo este percentual próximo ao do Estado (48,3%), da Região (37,4%) e do País (32,7%) (MS, 2007).

A primeira vigência de 2006 mostrou tendência de melhoria da cobertura no país (39,8%) e no Nordeste (45,2%), entretanto, houve pequeno declínio em Pernambuco (46,1%), e bastante acentuado em Gameleira (16,6%) (MS, 2007).

Em relação a anterior, na segunda vigência de 2006 houve declínio na cobertura estadual (39,8%), regional (38,3%), nacional (36,4%), mas principalmente em Gameleira (12,2%). Nestes dois anos houve aumento do número de beneficiários em

todo o país, sendo que em Gameleira passou de 1.725 beneficiários no início de 2005 para 3.721 no fim de 2006 (MS, 2007).

Os dados disponíveis do IGD (Índice de Gestão Descentralizada), de novembro de 2006, mostram que em relação à validade e atualização de cadastro, o município alcançou o índice máximo, igual a 1; em relação à educação, o índice foi razoável, igual à 0,76; e, em concordância com os dados do SISVAN, o índice de condicionalidade de saúde foi de apenas 0,17 (MDS, 2007).

Estas informações são necessárias porque mostram o andamento de importantes aspectos do programa, auxiliando na avaliação e correção deste. Observa-se o considerável retrocesso no acompanhamento das condicionalidades de saúde em 2006. Este trabalho não dispõe de informações detalhadas sobre o que ocorreu neste aspecto do programa, mas sabe-se que no ano em questão houve mudanças na gestão da Secretaria de Saúde.

Neste ponto é de suma importância o papel das instâncias de controle social, que devem estar a par destes dados e cobrar a sua execução. Entretanto, no conselho avaliado observou-se certa passividade em relação funcionamento do PBF. Segundo entrevista, a fonte exclusiva de informações relativas ao programa era a pessoa responsável pela gestão deste, ignorando os dados disponíveis aos conselhos de controle social nos endereços eletrônicos do Governo Federal. Além disso, o conselho não possuía uma composição paritária, e dos representantes da sociedade civil pelo menos um tinha vínculo empregatício com a Prefeitura. Tal dado corrobora com o encontrado por Schottz (2005) no município de São Francisco de Itabapoana.

O acompanhamento das condicionalidades é muito importante, pois se trata de uma responsabilidade do município, cumprindo o princípio da descentralização contida no programa, sendo um meio de impor a ampliação da oferta dos serviços, ajudando as famílias a garantirem os direitos à saúde e educação.

Além disso, com a instituição do IGD, no início de 2006, o não acompanhamento das condicionalidades implica no não recebimento de recursos do Governo Federal, importante para auxiliar a gestão do programa, podendo ser utilizado para melhorar a oferta de serviços e a cobertura das condicionalidades, e outras ações complementares previstas no programa e necessárias no município.

O trabalho de Schottz (2005), realizado durante o ano de 2004, relata a dificuldade dos gestores na mudança dos programas anteriores (Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Vale Gás) para o Bolsa Família, quanto a falta do estabelecimento de critérios, procedimentos e normas para o funcionamento do programa, e em especial no acompanhamento das condicionalidades.

Atualmente, o Governo Federal dispõe de diversos mecanismos estabelecidos para a gestão do programa, inclusive o incentivo financeiro à descentralização pelo IGD, mostrando avanços no desenho do programa, que precisam ser incorporados pelos estados e, principalmente, pelos municípios, pois possibilitam a potencialização dos efeitos positivos do programa para as famílias, e para os próprios municípios, podendo contribuir com a melhoria de sua infra-estrutura, oferta de serviços, e no incentivo à economia local.

7.5. Avaliação Nutricional

O IMC (Índice de Massa Corpórea) foi utilizado para classificação do estado nutricional dos chefes de família (predominantemente homens) e das mulheres. Nos dois casos não houve diferença estatística entre os grupos, no entanto observa-se maior tendência ao déficit de peso, excesso de peso e obesidade entre os inscritos no PBF, com exceção do déficit de peso nas mulheres da zona urbana, que foi maior entre as não inscritas.

O déficit de peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$) dos chefes de família foi abaixo de 5% em todos os grupos, o que segundo orientações da OMS (1995) evidencia uma população adulta não exposta à desnutrição. O déficit de peso tanto dos chefes de família como das mulheres foi menor que o encontrado na II PESN (1998) em Pernambuco (12,5% homens e 15% mulheres), embora o ponto de corte utilizado nesta pesquisa tenha sido mais alto ($< 20 \text{ Kg/m}^2$). Os dados dos chefes de família corroboram com os da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, 2004) para população masculina tanto do Nordeste (3,5%) como do Brasil (2,8%). Entre as mulheres, as não inscritas da zona urbana e as inscritas da rural apresentaram proporção de déficit superior aos 5%, semelhante ao ocorrido na população feminina da região Nordeste (6,2%) e do País (5,2%) (POF, 2004).

O excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9 Kg/m²) apresentou percentuais um pouco menores do que os encontrados em Pernambuco (27,1% homens e 28,3% mulheres), com exceção dos chefes de família inscritos da zona rural (28,1%), e consideravelmente mais baixos que a média regional (32,9% homens e 38,8% mulheres) e nacional (41,1% homens e 40% mulheres). No entanto, a obesidade (IMC \geq 30 Kg/m²) foi maior na amostra do que a encontrada em Pernambuco (7% homens e 13,7% mulheres), no Nordeste (6,7% homens e 11,7% mulheres) e no Brasil (8,9% homens e 13,1% mulheres), com exceção das mulheres não inscritas da zona urbana (9,6%) e da zona rural (11,3%) (UFPE, 1998; POF, 2004).

Em relação às crianças menores de cinco anos, a avaliação de déficits ponderal, estatural e pondero-estatural mostrou valores um pouco maiores entre os inscritos, porém sem significância estatística. Os dados mostram uma situação de déficit ponderal superior a encontrada no Estado (4,9%), no país (5,7%), e no semi-árido pernambucano (4,7%) e brasileiro (5,6%), sendo inferior apenas a média nordestina (8,3%). O déficit estatural também apresentou proporções maiores que as encontradas no semi-árido pernambucano (7,2%) e brasileiro (6,6%), e no Brasil (7,7%), com resultados mais próximos aos do estado (12,1%) e do Nordeste (13%). A prevalência de déficits pondero-estatural foi bastante reduzida, corroborando com os estudos anteriores em nível estadual (1,8%), regional (2,8%), nacional (2%), e do semi-árido pernambucano (0,8%) e brasileiro (2,8%) (IBGE, 1996; UFPE, 1998; MDS, 2006). Como nos outros estudos, o déficit estatural foi o que apresentou as maiores proporções na amostra, evidenciando uma situação mais acentuada de carência nutricional crônica, a qual interfere especialmente no padrão estatural das crianças.

Como no restante do país e em outras regiões do mundo, a anemia foi o problema nutricional de maior magnitude na amostra. Também não apresentou diferença significativa quanto à inscrição no PBF, sendo constatada em uma média de 49,5% das crianças e 33,8% das mulheres, sendo estes valores superiores aos encontrados em Pernambuco (46,7% e 24,5%, respectivamente), e nas crianças de outras áreas do Brasil, como os municípios de São Paulo (46,9%), Porto Alegre (47,8%), Salvador (46,4%) e o estado de Sergipe (31,4%) (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A hipovitaminose A apresentou sua menor prevalência entre os inscritos da zona rural (20%), chegando a 30% na zona urbana, mostrando-se superior ao encontrado em Pernambuco (19,3%), e caracterizando-se, segundo a OMS, como um grave problema de saúde pública (OMS, 1996; UFPE, 1998; OPS/OMS, 1999).

Tais dados corroboram com o perfil de transição nutricional evidenciado no Brasil e em outros países em desenvolvimento, com a diminuição dos déficits antropométricos nos adultos e crianças, embora estes valores, principalmente nas crianças e mulheres, ainda demandem preocupação, somado ao aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade, especialmente em populações de baixa renda como a do presente estudo. Acrescentam-se ainda a manutenção das elevadas proporções das carências de micronutrientes (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; CABALLERO, 2006).

Esta situação é um desenho do modo de produção e distribuição do capitalismo globalizado, o qual estabelece a interação de diversos fatores de ordem demográfica, política, macro e micro econômica, social e comportamental, resultando, entre outras coisas, num quadro de morbi-mortalidade que eleva os gastos públicos e necessita de medidas de intervenção mais complexas e de caráter multi e interdisciplinar, o que está compreendido nos fundamentos da Segurança Alimentar e Nutricional, e é necessário para o seu alcance.

7.6. Diversidade da Dieta

Os dados de consumo mostram que os alimentos utilizados por pelo menos 50% das famílias totalizaram 15 na zona urbana e 17 na rural, com o acréscimo de manga e coentro nesta área. Quando se considera o consumo por 75% das famílias, este número é reduzido para nove entre os inscritos e cinco entre os não inscritos na zona urbana, e 11 alimentos entre inscritos e não inscritos na zona rural.

Isto mostra que na zona rural há um consumo mais diversificado do que na zona urbana, mesmo sendo em uma região que sofre com a monocultura canavieira, com reduzidas áreas para cultivo de outros alimentos. Observa-se também que, de forma geral, relatou-se o consumo dos alimentos por uma proporção maior de famílias inscritas do que não inscritas, havendo diferença estatística em três alimentos na área urbana (açúcar, feijão e café) e dois na rural (macarrão e coentro).

Apesar da pouca diversidade no consumo das famílias estudadas, observa-se uma evolução em relação ao encontrado na II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (1997), na qual os alimentos consumidos por 50% ou mais das famílias constituíam 10 itens no Estado como um todo, 12 na região metropolitana do Recife, 13 no interior urbano e 8 no interior rural (SEQUEIRA, 2000).

Os dados sobre o consumo de alimentos por grupos alimentares (mínimo de 5%) mostram a ocorrência de maior número de alimentos na dieta das famílias, no entanto, a maioria se apresenta em baixa proporção, merecendo especial atenção os grupos das frutas e verduras, principais fontes de fibras e micronutrientes, e o das carnes, laticínios e ovos, fontes de proteínas e micronutrientes.

Observa-se ainda o baixo consumo de alimentos característicos da região como a macaxeira, inhame e tapioca, reconhecidamente de melhor perfil nutritivo do que fubá, bolacha e biscoito, que apresentaram maior consumo.

Na zona urbana, alimentos considerados de custo mais elevado, como a farinha de trigo, a carne bovina sem osso, o queijo, o refrigerante, e o café solúvel, foram consumidos por maior proporção de famílias não inscritas no PBF, havendo diferença significativa.

Comparando-se com os alimentos constituintes da cesta básica do DIEESE (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos) e os da cesta básica adaptada à região Nordeste (DANTAS et al, 1988; ESCODA et al, 2001), as quais têm por base àqueles habituais e de maior disponibilidade na população, verifica-se que os alimentos mais presentes na amostra (> 50%) estão de acordo com os estabelecidos nestas cestas, com as ressalvas de que a carne é representada pela charque e frango, na zona urbana não há nenhuma fruta consumida por 50% ou mais famílias, e também a baixa representatividade (< 50%) do pão, da batata, e da manteiga/ margarina, e também da macaxeira, ovos, jerimum ou chuchu, inclusos na cesta básica nordestina.

Entretanto se considerarmos a cesta básica proposta pelo Estudo Multicêntrico de Consumo Alimentar (GALEAZZI; DOMENE; SCHIERI, 1997), recomendada pelo Ministério da Saúde, que apresenta maior diversidade de alimentos em todos os grupos

alimentares e que visa a cobertura das necessidades nutricionais, observamos significativa distância da realidade da amostra.

Os dados da amostra apresentam limitações pela não consideração do aspecto quantitativo, no entanto, o estabelecimento das características qualitativas da dieta permite apontar uma situação que corrobora com os dados do estado nutricional encontrados na amostra. Houve maior aproximação da dieta com a cesta básica do DIEESE, a qual reflete a realidade da população dos anos 30, predominantemente rural e com níveis de atividade física superior ao da atualidade. Segundo Maluf (2000) e Escoda e outros (2001), a adequação nutricional da cesta básica mostra uma possível superestimação das necessidades calóricas e subestimação das necessidades de nutrientes reguladores, o que pode resultar no aumento de sobrepeso/ obesidade, carências de micronutrientes, e comprometimento principalmente do ganho estatural. Como o consumo dos alimentos fontes de proteínas, vitaminas, minerais e fibras foi referido por uma proporção de famílias que pode ser considerada baixa, esta possibilidade aumenta na amostra.

Estes dados mostram que mesmo com o incremento na renda familiar pelo Bolsa Família, o perfil dietético está aquém do estipulado para uma alimentação saudável, havendo a busca preferencial pelos alimentos de menor custo e que possibilitem o alcance das necessidades energéticas. Alimentos que supram outras necessidades nutricionais, principalmente os reguladores, podem ser considerados artigos de luxo na realidade apresentada, em especial da zona urbana. O cultivo destes pelas famílias, o qual poderia aumentar sua disponibilidade, mostrou-se escasso. Ações de educação alimentar e nutricional fazem-se necessárias, devendo ser incorporadas no bojo do Programa Bolsa Família e outros programas e projetos existentes no município.

Desta forma, além do desenvolvimento eficaz da estrutura básica do Bolsa Família (identificação das famílias vulneráveis, beneficiamento destas com a transferência monetária, acompanhamento e cumprimento das condicionalidades), ações de incentivo a agricultura familiar também tem importância fundamental em um município como Gameleira, com potencial de proporcionar a maior disponibilidade de alimentos, maior autonomia das famílias, estimular a geração de emprego e renda, a desconcentração de terras produtivas, e a introdução de conceitos como o uso

sustentável da terra e proteção ao meio ambiente, o que historicamente vem sendo ignorado com a monocultura da cana de açúcar. No entanto, nenhuma ação do PRONAF (Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar) foi identificada na região.

8

CONCLUSÃO

Ao avaliar o Programa Bolsa Família no município de Gameleira, especificamente em conglomerados urbanos e rurais de microáreas de risco, pode-se concluir que:

- A maioria das famílias investigadas (68,7%) estavam inscritas no programa, e recebendo o benefício a mais de seis meses. Observou-se um padrão socioeconômico muito baixo, com alta proporção de famílias com renda abaixo de ½ salário mínimo, elevado percentual de analfabetismo, baixa escolaridade, desemprego, precárias condições de saneamento e tratamento de água, e ausência de bens importantes como a geladeira e o fogão. As condições da maioria das famílias não inscritas não eram muito diferentes, devendo estas também ser consideradas carentes de intervenções públicas.
- A indicação de terceiros para o cadastramento no programa, especialmente dos agentes comunitários de saúde na zona rural, mostrou-se responsável pela maioria das inscrições, reforçando a importância da divulgação de informações acerca do programa.
- Quase todos os beneficiários recebiam um valor acima de R\$ 50,00, caracterizando uma população em extrema pobreza, segundo os critérios do programa.
- Observou-se que no momento do cadastramento no programa pouca ênfase foi dada às exigências das contrapartidas das famílias.
- Em relação à utilização dos serviços de saúde, verificou-se boa cobertura do pré-natal nas gestações pregressas, com diferença positiva para as inscritas na zona rural em relação às não inscritas. No entanto, houve um declínio importante na cobertura das gestações atuais, especialmente na zona rural. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a administração de vitamina A tanto às crianças

como às mães no momento da alta hospitalar, e a realização de exames preventivos de câncer de colo de útero e de mama apresentaram percentuais muito baixos.

- Na maioria das famílias inscritas havia crianças em idade escolar, e praticamente em todas as famílias as crianças freqüentavam a escola.
- As principais dificuldades na perspectiva dos beneficiários são a distância/falta de transporte na zona rural, o caixa eletrônico quebrado ou sem dinheiro na zona urbana, e a fila, tanto na zona rural como na urbana.
- A maioria das famílias utilizou o benefício na compra de alimentos (cerca de 90%) e em outras despesas domésticas, consideraram que o programa proporcionou melhoria de vida e destacaram como principais beneficiários a família como um todo e as crianças.
- A dieta das famílias se mostrou pouco diversificada, com prejuízo principalmente nos grupos das frutas e verduras e das carnes, leites e derivados. De forma geral, a proporção de consumo de alimentos pelas famílias foi semelhante, havendo alguns alimentos com consumo maior entre as famílias inscritas.
- A avaliação nutricional não apresentou diferença entre os inscritos e os não inscritos no PBF, havendo um perfil semelhante ao observado nos dados nacionais, com diminuição dos déficits antropométricos e percentuais importantes de sobrepeso e obesidade. A proporção de anemia nas crianças e mulheres, e hipovitaminose A nas crianças mostrou-se bastante elevada, reforçando a necessidade de organização e implementação efetiva dos programas de saúde e nutrição.
- A administração do PBF no município mostrou fragilidades nos aspectos de gestão intersetorial, controle social e implementação de programas complementares. Alguns entrevistados revelaram a percepção de que os beneficiários do Bolsa Família

são privilegiados no universo de pobreza existente no município. Assim, os programas sociais existentes no âmbito municipal não priorizam as famílias do PBF.

- Há uma importante preocupação no gerenciamento do Cadastro Único, o que tem conduzido a bons resultados neste aspecto. No entanto, ao acompanhamento das condicionalidades tem sido dada importância menor, o que se reflete nos resultados de utilização dos serviços e no Índice de Gestão Descentralizada (IGD) municipal, que, principalmente na área de saúde, mostrou-se bem abaixo do desejado.
- Existe a noção de que os recursos financeiros do IGD são exclusivos para melhoria do Cadastro Único municipal, não havendo repasse aos setores de Saúde e Educação, diretamente envolvidos no Bolsa Família.

9

RECOMENDAÇÕES

Diante da situação observada, para que o Programa Bolsa Família seja efetivo no município de Gameleira e sejam criadas as condições para alcançar a Segurança Alimentar e Nutricional, as seguintes ações são sugeridas:

- Maior integração entre as Pastas de Assistência Social, Saúde e Educação em relação à gestão do Programa Bolsa Família, com avaliação conjunta das atividades do programa, identificação das dificuldades e busca de soluções, respeitando o princípio da intersetorialidade. Os recursos do IGD devem ser incluídos nesta discussão, devendo este ser compartilhado para atender aos diferentes setores, melhorando a gestão em todos os aspectos, o que, conseqüentemente, elevará o incentivo financeiro.
- Trabalhar junto a comunidade noções de controle social e do seu papel no Bolsa Família, com fins de constituir um conselho paritário e participativo nos diversos aspectos do programa.
- Que o município proponha e busque junto ao Estado e Governo Federal recursos e estrutura para a implementação de Programas Complementares, principalmente nas áreas de alfabetização de adultos e capacitação profissional, incluindo as atividades previstas no PRONAF.
- Identificar as falhas na oferta de serviços e condução de programas na área de saúde, principalmente no pré-natal, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, nos programas da Vitamina A e do Ferro, e na realização dos exames preventivo de câncer de colo de útero e de mama, buscando as soluções cabíveis, além de trabalhar junto à população educação nutricional e educação para a saúde.
- União dos governos Municipal, Estadual e Federal para realizar uma séria intervenção no setor de saneamento, e concretizar a antiga reivindicação da necessária Reforma Agrária.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA IBASE. *Em busca da terra e de direitos* (Entrevista) 2006. Disponível em: <http://www.ibase.org.br>. Acesso em: 3 mar. 2007.

AMUPE - ASSOCIAÇÃO MUNICIPALISTA DE PERNAMBUCO. *Gameleira*. Disponível em: <http://www.amupe.org.br>. Acesso em: 13 dez. 2006.

ARRUDA, Bertoldo Kruse G. de. *Marcos referenciais da trajetória das Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil*. Enfoque na Mesa Redonda “Estudo de Caso Brasileiro”, na 32ª Sessão do Comitê Permanente de Nutrição da ONU. Brasília, 2005.

ARRUDA, Bertoldo Kruse G. *SISVAN: breve viagem ao passado*. Apresentado na Mesa Redonda “SISVAN – Histórico, Avaliação e Perspectivas”, do VI Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais e Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição. Brasília, 2006.

BARROS, Ricardo Paes de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 15, nº 42, p. 123-142, fev. 2000.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, supl.1, p.181-191, 2003.

BATISTA FILHO, Malaquias. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, nº 4, p. 872-873, jul./ago. 2003.

BELIK, Walter; SILVA, José Graziano da; TAKAGI, Maya. Políticas de Combate à Fome no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, v. 15, nº 4, p. 119-129, 2001.

BELIK, Walter. Perspectivas para a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 12, nº 1, jan./jul. 2003. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade>. Acesso em: 14 out. 2006.

BICKEL, Gary; ANDREWS, Margaret. A evolução do Programa Cupom Alimentação e a mensuração da fome nos Estados Unidos. In: TAKAGI, Maya; SILVA, José Graziano da; BELIK, Walter. *Combate à fome e à pobreza rural*. São Paulo: Instituto Cidadania, 2002. p. 33-74.

BITTENCOURT, Sonia A.; MAGALHÃES, Rosana. Fome: um drama silencioso. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. p. 269-290.

BRASIL. CONSEA - CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR. *Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional*. Textos

de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília – DF, 2004a. 80p.

_____. *II Conferência Nacional de Segurança Alimentar: Relatório Final.* Brasília, 2004b. 48p.

_____. *Lei n° 11.326, de 24 de julho de 2006: Estabelece as diretrizes para formulação da Política Nacional de Agricultura Familiar.* Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/consea>. Acesso em: 16 out. 2006.

_____. *Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.* Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/Consea>. Acesso em: 13 mar. 2007.

BRASIL. Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004: regulamenta a Lei n° 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Programa Bolsa Família: Guia do Gestor (anexo).* Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Brasília, 2006.

BRASIL. *Decreto n° 5.749, de 11 de abril de 2006:* altera o caput do art. 18 do Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004, dispondo sobre atualizações de valores referenciais para caracterização das situações de pobreza e extrema pobreza no âmbito do Programa Bolsa Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 12 de abril de 2006. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 12 de novembro de 2006.

BRASIL. *Lei n° 9.618, de 2 de abril de 1998:* Dispõe sobre a extinção dos órgãos SUNAB e INAN e dá outras providências. Disponível em: www.soleis.adv.br. Acesso em: 20 dez. 2006.

BRASIL. Lei n° 10.836, de 9 de janeiro de 2004: Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. In: BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Programa Bolsa Família: Guia do Gestor (anexo).* Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Brasília, 2006.

BRASIL. MDA - MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO. *Programa Nacional de Agricultura Familiar.* Disponível em: <http://www.pronaf.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2006.

_____. *PRONAF Agroecologia.* Disponível em: <http://www.pronaf.gov.br/florestal/agroecologia>. Acesso em: 7 mar. 2007.

BRASIL. MDS - MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. *Portaria GM/MDS n° 246, de 20 de maio de 2005:* aprova os instrumentos necessários à formalização da adesão dos municípios ao Programa Bolsa Família e à informação sobre sua instância local de controle social, e define o procedimento

de adesão dos entes locais ao referido Programa. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Portaria n° 360, de 12 de julho de 2005*: estabelece critérios e procedimentos relativos à transferência de recursos financeiros aos municípios, Estados e Distrito Federal, destinados à implementação e desenvolvimento do Programa Bolsa Família e à manutenção e aprimoramento do Cadastro Único dos Programas Sociais. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Portaria GM/MDS n° 551, de 9 de novembro de 2005*: regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 11 de novembro de 2005. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Portaria n° 555, de 11 de novembro de 2005*: estabelece normas e procedimentos para a gestão de benefícios do Programa Bolsa Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 21 de novembro de 2005. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Portaria n° 666, de 28 de dezembro de 2005*: disciplina a integração entre o Programa Bolsa Família e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 30 de dezembro de 2005. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Fome Zero: Balanço dos Programas e Ações*. Publicação da Assessoria de Comunicação Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2005. 58p.

_____. *Portaria n° 148, de 27 de abril de 2006*: estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 28 de abril de 2006. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Chamada Nutricional: Um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro*. Brasília, 2006. 116p.

_____. *Programa Bolsa Família: Guia do Gestor*. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Brasília, 2006. 70p.

_____. *Relatórios e Estatísticas do Programa Bolsa Família*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 29 jan. 2007.

_____. *Cadastro Único dos Programas Sociais*. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro_unico. Acesso em: 10 fev. 2007.

_____. *Balanco mostra consolidação do Fome Zero*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/noticias>. Acesso em: 8 mar. 2007.

_____. *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI)*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas>. Acesso em: 8 mar. 2007.

BRASIL. MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. GABINETE DO MINISTRO. *Portaria Interministerial n° 3.789, de 17 de novembro de 2004*: estabelece atribuições e normas para o cumprimento da condicionalidade da frequência escolar no Programa Bolsa Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 18 de novembro de 2004. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. MMA - MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. *Agenda 21*. Disponível em: <http://www.mma.gov.br>. Acesso em: 5 mar. 2007.

BRASIL. MRE - MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. *Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial de Alimentação*. Brasília, 1996.

BRASIL. MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. *Portaria Interministerial n° 2.509, de 18 de novembro de 2004*: dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, de 22 de novembro de 2004. Disponível em: www.in.gov.br. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Avaliação do Programa Bolsa Alimentação: primeira fase*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004. 208p.

_____. *Avaliação do Programa Bolsa Alimentação: segunda fase*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2005. 208p.

_____. *Sistema de Informação da Atenção Básica: Informações estatísticas 2005*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/siab>. Acesso em: 12 jan. 2007.

_____. *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher – INCA*. Disponível em: <http://www.ms.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2007.

_____. *Relatórios Consolidados SISVAN – Bolsa Família*. Disponível em: <http://sisvan.datasus.gov.br>. Acesso em: 3 fev. 2007.

_____. *Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) - 1974*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos>. Acesso em: 20 maio 2007.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. SUBCHEFIA PARA ASSUNTOS JURÍDICOS. *Lei Delegada nº 6, de 26 de Setembro de 1962*: Autoriza a constituição da Companhia Brasileira de Alimentos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Decreto-Lei nº 79, de 19 de dezembro de 1966*: Institui normas para a fixação de preços mínimos e execução das operações de financiamento e aquisição de produtos agropecuários e adota outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: 10 dez. 2006.

_____. *Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006*: Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil>. Acesso em: 16 out. 2006.

BRASIL. *Programa Fome Zero*. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br>. Acesso em: 1 mar. 2007.

BRASIL. CONGRESSO. SENADO FEDERAL. SUBSECRETARIA DE INFORMAÇÕES. *Decreto nº 65.750, de 26 de novembro de 1969*: Cria o Grupo Executivo de Modernização do Sistema de Abastecimento e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 15 dez. 2006.

_____. *Lei nº 5.829, de 30 de novembro de 1972*: Cria o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN – e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 15 dez. 2006.

_____. *Decreto nº 73.996, de 30 de abril de 1974*: Dispõe sobre a estrutura básica do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e dá outras providências. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 15 dez. 2006.

BURLANDY, Luciene. *Comunidade Solidária*: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e a desnutrição. 283f. 2003. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

_____; MAGALHÃES, Rosana. Segurança, seguridade e direito: as diferentes faces da questão alimentar e nutricional. *Observatório da Cidadania*. p. 61-66, 2004. Disponível em: <http://www.socialwatch.org>. Acesso em: 10 jan. 2007.

CABALLERO, Benjamin. *Subnutrição e obesidade em países em desenvolvimento*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005. p. 10-13. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate, nº 2).

CARVALHO FILHO, José Juliano de. A produção de alimentos e o problema da segurança alimentar. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n° 24, p. 173-193, maio./ago. 1995.

CARVALHO, Maria A; SILVA, César R. L. da; NEGRI NETO, Afonso. Exportações brasileiras de produtos agrícolas e mudanças na demanda mundial de alimentos. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 13, n° 2, p. 133-145, jul./dez. 2004.

CASTRO, Josué de. *Sete Palmos de Terra e um Caixão*. 2° ed. São Paulo: Brasiliense, 1967.

CASTRO, Josué de. Estratégia do desenvolvimento. In: Castro, A. M. (Org.) *Fome: Tema Proibido*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. p.102-121.

CAVALCANTI, Clóvis et al. *Programa de Apoio ao Desenvolvimento Sustentável da Zona da Mata de Pernambuco*. Trabalhos para Discussão, n° 135, 2002. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br>. Acesso em: 20 set. 2006.

CAVALLI, Suzi B. Segurança Alimentar: a abordagem dos alimentos transgênicos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 14, supl., p. 41-46, 2001.

CERRI, Cláudio; SANTOS, Ana Cláudia. *Fome: história de uma cicatriz social*. Brasília, 2002. Disponível em: www.presidencia.gov.br/ mesa. Acesso em: 8 set. 2005.

CHAIM, Aldemir. *O passado e o Presente da Tecnologia de Aplicação de Agrotóxicos*. 1999. Disponível em: www.nead.gov.br/tmp/encontro. Acesso em: 9 set. 2006.

COHN, Amélia. Políticas Sociais e Pobreza no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v 6, n° 12, p. 1-18, jun./dez. 1995.

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA NACIONAL. *Campanha global pela reforma agrária no Brasil*. 2003. Disponível em: <http://www.cptnac.com.br>. Acesso em: 3 mar. 2007.

COMITÊ DE SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL. *Diretrizes voluntárias em apoio à realização progressiva do Direito à Alimentação Adequada no contexto da segurança alimentar nacional*. Roma, 20-23 de setembro de 2004, - Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), 2005. 44p.

COMCIÊNCIA. *Segurança Alimentar: um conceito em construção*. ComCiência, 2005. Disponível em: www.comciencia.br/reportagens. Acesso em: 1 mar. 2007.

COSTA, Olavo Viana. Distribuição gratuita de alimentos no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 6, n° 4, p. 114-122, out./dez. 1992.

CPRM (Serviço Geológico do Brasil)/ PRODEEM (Programa de Desenvolvimento Energético dos Estados e Municípios). *Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea, Pernambuco: diagnóstico do município de Gameleira*. Brasília: Ministério de Minas e Energia, 2005.

DANTAS, M. O.; BARBOSA, A. R.; LIMA, M. S. S. *Cesta básica nordestina: oferta e demanda. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n°4, p. 197-206, abr./jun. 1988.

DAVIS, Benjamin. A experiência de intervenções de transferência de renda no México rural: evidências dos programas PROGRESA e PROCAMPO. In: TAKAGI, Maya; SILVA, José Graziano da; BELIK, Walter. *Combate à fome e à pobreza rural*. São Paulo: Instituto Cidadania, 2002. p.91-108.

DE RUYTER, M. G. M.; DE LEENHEER, A. P. Determination of serum retinol (vitamin A) by high-speed liquid chromatography. *Clinical Chemistry*, v. 22, p. 1593-1595, 1976.

DIAS, G. et al. *Reestruturação do sistema financeiro – agricultura projeto, 2000*. [S. L]: Comif, 2000. mimeo.

DIEESE - DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. *Composição da Cesta Básica Nacional*. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao>. Acesso em: 16 dez. 2006.

_____. *Pesquisa Nacional da Cesta Básica*. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminmar06>. Acesso em: 16 dez. 2006.

EMBALO do Bolsa Família. *Jornal do Commercio*, Recife, 20 de agosto de 2006, Política, p.7.

EPI INFO 6,04. A word processing, database and statistics program for public health. Center for Disease Control, Prevention (CDS), USA. Geneva: Word Health Organization, 1994.

ESCODA, Maria do S. Q. et al. *Segurança, Cesta Básica e Planejamento*. Natal, 2001. Disponível em: <http://www.ufrnet.br>. Acesso em: 15 jan. 2007.

ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL. *Município de Gameleira, PE*. Disponível em: <http://www.estacoesferroviarias.com.br>. Acesso em: 13 dez. 2006.

FAO - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO. *Fome Zero: Lições Principais*. Documento de Trabalho: Vídeo Conferência Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Guatemala, Peru e Venezuela. Santiago do Chile: Escritório Regional da FAO para América Latina e o Caribe, 2006. 14p.

_____. *The Special Programme for Food Security*. Disponível em: <http://www.fao.org/spfs/>. Acesso em: 1 mar. 2007.

FIER, Florisvaldo. *Agrotóxicos: o veneno nosso de cada dia*. Disponível em: www.nead.gov.br/tmp/encontro. Acesso em: 9 set. 2006.

FISBERG, Regina M.; MARCHIONI, Dirce M. L.; CARDOSO, Maria R. A. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças freqüentadoras de creches públicas do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n° 3, p. 812-817, maio./jun. 2004.

FRANCESCHINI, Thaís M. A. *O Programa Fome Zero no Brasil: uma análise crítica sob uma perspectiva dos direitos humanos*. 61f. 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Essex, Centro de Direitos Humanos, Essex, 2003.

FRIEDMANN, Harriet. Uma economia mundial de alimentos sustentável. In: BELIK, W.; MALUF, R. S.; et al. *Abastecimento e Segurança Alimentar: os limites da liberalização*. Campinas: IE/UNICAMP, 2000. p. 1-21.

FGV - FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. *Mapa do Fim da Fome II: Pernambuco e Recife*. Recife, 2004. Disponível em: <http://www.fgv.br/cps/mapafimfomell>. Acesso em: 15 fev. 2006.

_____. *Miséria em queda: Mensuração, Monitoramento e Metas*. Disponível em: <http://www.fgv.br>. Acesso em: 8 mar. 2007.

GALEAZZI, M. A. M.; DOMENE, S. M. A.; SCHIERI, R. *Estudo multicêntrico sobre Consumo Alimentar*. Caderno especial do NEPA, São Paulo: NEPA, 1997.

GOVERNO PARALELO. *Política Nacional de Segurança Alimentar*. São Paulo: [s.n.], 1991. 22p.

HOFFMANN, Rodolfo. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 9, n° 24, p. 159-172, maio/ago. 1995.

HOPKINS, Kristine. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science and Medicine*, v. 51, n° 5, p. 725-740, 2000.

HORTA, Bernardo L. et al. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 12, supl.1, p. 27-31, 1996.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil: Aspectos Nutricionais*, 1989. Rio de Janeiro, 1992.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Populacional de 2000*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo/divulga%C3%A7%C3%A3o.shtm>. Acesso em: 10 mar. 2006.

_____. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004.

_____. Síntese de Indicadores Sociais. In: _____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004*. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Segurança Alimentar. In: _____. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004*. Rio de Janeiro, 2006a.

_____. BIBLIOTECA. *Gameleira – Pernambuco*. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2006b.

INSTITUTO CIDADANIA. *Projeto Fome Zero: uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil*. Versão 3, São Paulo: [s.n.], 2001.

L'ABBATE, Solange. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: Período de 1940 a 1964. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, Campinas, v. 1, n° 2, p. 87-138, jul./dez. 1988.

L'ABBATE, Solange. As Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: a partir dos anos 70. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, Campinas, v. 2, n° 1, p. 7-54, jan./jun. 1989.

LIMA, Tarciana Maria de. *Perfil do aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade da Região Nordeste do Brasil*. 78f. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição, Recife, 2001.

LOPES, Juarez R. B.; TELLES, Stella M. da S. Caracterização das populações pobres no Brasil e de seu acesso a programas sociais. In: GALEAZZI, M. A. M. (org.). *Segurança Alimentar e Cidadania: a contribuição das universidades paulistas*. Campinas: Mercado de Letras, 1996, p. 63-92.

MCLAREN, D. S.; FRIGG, M. *Manual de ver y vivir sobre los trastornos por deficiencia de vitamina A (VADD)*. Washington, OPS/OMS, 1999.

MAGALHÃES, Rosana. *Fome: uma (re)leitura de Josué de Castro*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 87p.

MALUF, Renato. S.; MENEZES, Francisco; VALENTE, Flávio L. Contribuição ao tema da Segurança Alimentar no Brasil. *Cadernos de Debate*. Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, Campinas, v. 4, p. 66-88, 1996.

MALUF, Renato S. *Consumo de Alimentos no Brasil: traços gerais e ações públicas de segurança alimentar*. São Paulo: Pólis, 2000. (Papers, n° 6).

_____.; MENEZES, Francisco. Segurança Alimentar: pelo direito à alimentação. In: MALUF, R. S.; MENEZES, F. *Cadernos de propostas sobre Segurança Alimentar*. Campinas: UNICAMP-REDCAPA-CPDA, 2001. [35]p.

MARQUES, Rosa M. *A importância do Bolsa Família nos municípios brasileiros*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2005. 40p. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate, n° 1).

MONTEIRO, Carlos A. et al. ENDEF e PNSN: Para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, sup. 1, p. 85-95, 1993.

MONTEIRO, Carlos A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MONTEIRO, Carlos A. et al. Tendência secular do baixo peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1988). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, supl.6, p. 26-40, 2000.

MOREL, Carlos M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n° 2, p. 261-270, 2004.

MUNHOZ, Dércio Garcia. *A nova roupagem do bilateralismo comercial*. Conselho Regional de Economia – 11° região, 2005. Disponível em: www.corecondf.org.br. Acesso em: 3 fev. 2007.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *NCHS growth charts*. Vital and Health Statistics Series, v. 25, p. 1-22, 1976.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. *Growth curves for children from birth - 18 years, United States*. Vital and Health Statistics Series, p. 11-76, 1977.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Medición del efecto de programas de suplementación alimentaria a grupos vulnerables*. Genebra, 1980.

_____. *Measuring change in nutrition status. Guidelines for assessing the nutritional impact of supplementary feeding programmes for vulnerable groups*. Geneva, 1986. 101 p.

_____. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1995a.

_____. Working Group. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of antropometry in infants. *Bulletin of World Health Organization*, v. 73, n° 2, p. 165-174, 1995b.

_____. *Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes*. Geneva, 1996.

_____. *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers*. Geneva: WHO/UNICEF/ONU, 2001. 214 p.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *United Nations Millennium Declaration*. Lisbon, 2001. 20p.

OPS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de salud*. 45° Consejo Directivo, 56° Sesión del comité regional. Washington, 2004.

ORSI, Sérgio Dias. *Proposta para uma nova atuação do serviço público de extensão rural*. Trabalho de Conclusão de Percurso. SENAI: Curso de Formação de Formadores. Brasília, 2002. 23p. Disponível em: <http://www.emater.df.gov.br>. Acesso em: 10 jan. 2007.

OSARA, Maria. *NGOs push to avoid preventable maternal deaths*. [S.L.]: International Press Service, 2005.

PEDRAZA, Dixis F. Medición de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. In: PEDRAZA, Dixis F. *Anemia em crianças e o Programa de Alimentação Escolar no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil*. p. 36-77. 2004. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição, Recife, 2004.

PELIANO, Ana M. M. Os programas de alimentação e nutrição para mães e crianças no Brasil. In: MONTEIRO, M. F. G.; CERVINI, R. (Org.). *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil 1989*. Rio de Janeiro: IBGE, 1992, p. 111-130.

PELIANO, Ana M. M. (Coord.). *O mapa da fome: subsídios à formulação de uma Política de Segurança Alimentar*. Rio de Janeiro: IPEA, 1993. (Documento de Política, n° 14).

PELIANO, Ana M. M. A Assistência Alimentar nas Políticas Governamentais. *Revista de Política Agrícola*, ano 10, n° 1, p. 20-26, 2001.

PEREIRA, Gilza S.; CASTRO, Inês R. R. Considerações sobre o Plano de Combate à Fome e à Miséria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 106-113, 1993.

PERES, Frederico. *É veneno ou remédio?: os desafios da comunidade rural sobre agrotóxicos*. 178f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. Experiência Internacional com a Escala de Percepção da Insegurança Alimentar. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*, n° 2, p. 14-27. Brasília, 2005.

PESSANHA, Lavínia D. R. *A experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Departamento de Ensino e Pesquisa, 2002. 67p.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh>. Acesso em: 13 dez. 2006.

_____. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2006: indicadores de desenvolvimento humano*. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/rdh>. Acesso em: 12 fev. 2007.

RAMALHO, Rejane A.; FLORES, Hernando; SAUNDERS, Cláudia. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 12, n° 2, p. 117-122, ago. 2002.

ROSSI, Clóvis. *Em Davos, Lula propõe fundo internacional contra a fome*. FolhaOnline, 26 jan. 2003. Disponível em: <http://www.folha.com.br>. Acesso em: 15 jan. 2007.

ROVAI, Renato; VASCONCELOS, Fredi. *Máquina de moer gente*. Fórum na rede: outro mundo em debate, 2001. Disponível em: <http://revistaforum.uol.com.br>. Acesso em: 20 maio 2007.

SCHOTTZ, Vanessa. *Programa Bolsa Família: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria*. Um estudo de caso do Município de São Francisco de Itabapoana - RJ. 158f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2005.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Setor Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n° 1, p. 104-108, fev. 2000.

SEQUEIRA, Leopoldina A. de S. *Perfil do consumo alimentar de famílias do Estado de Pernambuco*. 56f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição, Recife, 2000.

SILVA, M. O.; GUILHON, M. V. M.; LIMA, V. F. S. A focalização fragmentadora e a insuficiência do Comunidade Solidária no enfretamento da pobreza: estudo de uma

caso no Nordeste. In: SILVA, M. O. (Org.). *O Comunidade Solidária: o não enfrentamento da pobreza no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2001, p. 133-151.

SILVA, José Graziano da et al. *O que o Brasil pode fazer para acabar com a fome*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional de Experiências Políticas de Segurança Alimentar e Combate à Fome. Campinas - SP, 2 a 3 de abril de 2002.

SILVA, Robson Roberto da. Principais políticas de combate à fome implementadas no Brasil. *Revista Virtual Textos e Contextos*, ano 5, n° 5, 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br>. Acesso em: 13 de nov. 2006.

SUPLICY, Eduardo M. Programa Fome Zero do Presidente Lula e as perspectivas de Renda Básica de Cidadania no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 12 n° 1, jan/jul 2003. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade>. Acesso em: 10 out. 2006.

TEIXEIRA, Júlio C.; HELLER, Léo. Fatores ambientais associados à diarreia infantil em áreas de assentamento subnormal em Juiz de Fora, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, n° 4, p. 449-455, 2005.

TONIAL, Sueli R. *Desnutrição e Obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância*. Recife, 2001. 180p. (Publicações do IMIP, n° 2).

TOWNSEND, M. S. et al. Food insecurity is positively related to overweight in women. *Journal of Nutrition*, v. 131, p. 1738-1745, 2001.

TRANSGÊNICOS: o plantio avançou 22% no ano passado. *Veja*, São Paulo, ano 40, n° 3, p. 43, 24 jan. 2007.

UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria Lúcia M. Programas de comercialização de alimentos: uma análise das modalidades de intervenção em interface com a cidadania. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n° 4, p. 387-397, out./dez. 2003.

UFPE - UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Departamento de Nutrição. *II Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição*. Recife, 1998.

VALENTE, Flávio L. S. *O combate à fome e à desnutrição e a promoção da alimentação adequada no contexto do Direito Humano à Alimentação: um eixo estratégico do desenvolvimento humano sustentável*. [S.L.: s.n.], 2001. mimeo.

VALENTE, Flávio L. S. Frustrações e desafios cinco anos depois. *Observatório da Cidadania*, p. 23-27, 2002. Disponível em: <http://www.socialwatch.org>. Acesso em: 10 mar. 2007.

VALENTE, Flávio L. S. *A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002*. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/documentos>. Acesso em: 3 mar. 2007.

VASCONCELOS, Francisco de Assis G. de. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n° 2, p. 127-138, mai./ago. 2002.

VASCONCELOS, Francisco de Assis G. de. Fome, solidariedade e ética: uma análise do discurso da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n° 2, p. 259-277, mai./ago. 2004.

VASCONCELOS, Francisco de Assis G. de. Combate à Fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 18, n° 4, p. 439-457, jul./ago. 2005.

VAZQUEZ, M. Luisa et al. Incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n° 1, p. 163-172, 1999.

VENÂNCIO, Sonia I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n° 3, p. 313-318, jun. 2002.

VICTORA, César G. et al. Estimativa de déficit altura/idade a partir da prevalência de déficit peso/idade em crianças brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n° 4, p. 321-327, ago. 1998.

YASBEK, Maria C. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n° 2, p. 104-112, 2004.

ANEXOS

ANEXO A:

*TERMO DE APROVAÇÃO DO
COMITÊ DE ÉTICA*



INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO

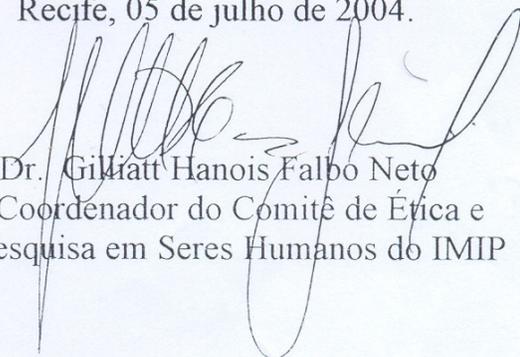
DEPARTAMENTO DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA EM SERES HUMANOS

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa de **Pedro Israel Cabral de Lima, Nº 386**, intitulado: **“Avaliação da situação alimentar e nutricional e fatores determinantes em conglomerados urbanos e rurais da Zona da Mata do Estado de Pernambuco”**, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em sua reunião em 05 de julho de 2004.

Recife, 05 de julho de 2004.


Dr. Gilvatt Hanois Falbo Neto
Coordenador do Comitê de Ética e
Pesquisa em Seres Humanos do IMIP

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

E<

NOME DA PESQUISA: AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL E SEUS FATORES DETERMINANTES EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS DA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO

LOCAL DO ESTUDO: MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA DE PERNAMBUCO
PESQUISADOR: Prof. Pedro Israel Cabral de Lira
Endereço: Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco
Av. Prof. Moraes Rego S/N, Recife-PE, CEP: 50670-901, Fone: 2126 8471

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhores pais,

Este é um termo de consentimento que pode conter palavras que você não compreenda. Por favor, pergunte a um auxiliar de pesquisa do projeto sobre quaisquer palavras ou informações que você não entenda claramente.

Estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo avaliar a situação alimentar, nutricional e de saúde das famílias deste município e constará de:

- entrevista com a pessoa responsável pela família através da aplicação de um questionário visando conhecer a composição da família, condições da habitação, de saúde, hábitos alimentares e os alimentos mais freqüentemente consumidos.
- medição do peso e da altura de todos os que compõem a família;
- verificação da presença de anemia e hipovitaminose A em crianças de 6 meses a 5 anos e para tanto serão colhidos 3 ml de sangue venoso por um técnico especializado utilizando material próprio descartável.

Todos os cuidados serão tomados para evitar infecção no local da picada. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento. Certamente a criança vai chorar durante a realização deste exame.

As crianças que tiverem anemia serão tratadas com sulfato ferroso e algumas delas poderão apresentar enjôo, diarreia ou intestino preso. Neste caso, deverá procurar o médico do serviço de saúde para orientação e comunicar ao pesquisador. (Esta pesquisa trará benefícios para o(s) seu(s) filho(s), reduzindo os índices de anemia e conseqüentemente melhorando a saúde deles).

O resultado da vitamina A será enviado ao membro responsável pela família e para os casos confirmados de hipovitaminose A, haverá encaminhamento ao pessoal médico.

A sua participação deverá ser voluntária e você poderá sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe para esclarecimento.

CONSENTIMENTO DA MÃE DA CRIANÇA

Li e entendi as informações precedentes descrevendo este projeto de pesquisa e todas as minhas dúvidas em relação ao estudo e a minha participação nele foram respondidas satisfatoriamente. Livremente, dou o meu consentimento para a participação do meu filho neste estudo, até que me decida pelo contrário.

Gameleira, de de 2005.

Nome da mãe ou responsável (letra de forma)	Assinatura
Nome da testemunha (letra de forma)	Assinatura
Nome da testemunha (letra de forma)	Assinatura
PEDRO ISRAEL CABRAL DE LIRA	Assinatura
Nome do investigador (letra de forma)	Assinatura

ANEXO B:

*QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES
SOCIOECONÔMICAS, DE SAÚDE,
E DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
 DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO - DN
 LABORATÓRIO DE NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA - LNSP
 CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO - CNPq

IDENTIFICAÇÃO

1.	Nº do Questionário														
2.	Município	<input type="checkbox"/> 1	Gameleira	<input type="checkbox"/> 2	São João do Tigre										
3.	Situação:	<input type="checkbox"/> 1	Urbano	<input type="checkbox"/> 2	Rural										
4.	Há quanto tempo (anos) a família vive aqui?														
		<input type="checkbox"/> 1	menos de 1 ano												
		<input type="checkbox"/> 2	1 a 5 anos												
		<input type="checkbox"/> 3	mais de 5 anos												
(SE A RESPOSTA FOI "1" OU "2", SABER A PROCEDÊNCIA):															
5.	Procedência														
		<input type="checkbox"/> 1	do mesmo município (área urbana)												
		<input type="checkbox"/> 2	do mesmo município (área rural)												
		<input type="checkbox"/> 3	de outro município (área urbana)												
		<input type="checkbox"/> 4	de outro município (área rural)												
		<input type="checkbox"/> 8	Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)												
Endereço _____															
Ponto de referência _____															
Telefone _____															
Nome do entrevistado _____															
Data da entrevista		____ / ____ / 2005		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>								2	0	0	5
				2	0	0	5								
Entrevistador		_____													
Supervisor de campo		_____													
Total de folhas							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

FORMULÁRIO 1
REGISTRO DE MORADORES DO DOMÍLIO

Nº de Ordem	Nº Questionário	Nome	Relação com a pessoa de referência da UC	Sexo	Data de Nascimento			Idade (anos completos)	Monitores especiais		Religião (> 15 a)	Frequência à Creche (< 7 anos)	Alfabetização (> 7 anos)	Frequência à escola (> 7 anos)	Nível de escolaridade	Última Série concluída	Condição de Trabalho (último mês) (> 7 anos)
					Dia	Mês	Ano		(10-49)	(5 a)							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

CÓDIGOS		OBSERVAÇÕES							
<p>RELACÃO COM A PESSOA DE REFERÊNCIA DA UNIDADE DE CONSUMO (3)</p> <p>1 - PESSOA DE REFERÊNCIA (CHEFE) 2 - CONJUGE 3 - FILHO 4 - FILHO ADOTIVO 5 - ENTEADO 6 - OUTRO PARENTE 7 - AGREGADO 8 - EMPREGADO DOMÉSTICO 9 - PARENTE DE EMPREGADO DOMÉSTICO</p>	<p>SEXO (4)</p> <p>1 - MASCULINO 2 - FEMININO (Não gestante e não lactante) 3 - FEMININO (Gestante) 4 - FEMININO (Lactante)</p>	<p>RELIGIÃO (11)</p> <p>1 - CATÓLICA 2 - EVANGÉLICA 3 - ESPÍRITA 4 - OUTRA 5 - NÃO TEM RELIGIÃO 8 - NSA (< 15 anos)</p>	<p>FREQUÊNCIA À ESCOLA (14) (para crianças > 7 anos)</p> <p>1 - SIM, REDE PRIVADA 2 - SIM, REDE PÚBLICA 3 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PRIVADA) 4 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PÚBLICA) 5 - NUNCA FREQUENTOU PÚBLICA 8 - NÃO SE APLICA (está na idade pré-escolar; menos de 7 anos)</p>	<p>RELIGIÃO (11)</p> <p>0 - NUNCA FREQUENTOU ESCOLA 1 - PRÉ-ESCOLAR (< 7 ANOS) 2 - 1º GRAU INCOMPLETO 3 - 1º GRAU COMPLETO (da 1ª a 8ª série) 4 - 2º GRAU INCOMPLETO 5 - 2º GRAU COMPLETO (da 9ª a 11ª) 6 - SUPERIOR - INCOMPLETO 7 - SUPERIOR - COMPLETO 9 - NÃO SABE</p>	<p>FREQUÊNCIA À CRECHE (12) (para menores de 7 anos)</p> <p>1 - SIM, REDE PRIVADA 2 - SIM, REDE PÚBLICA 3 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PRIVADA) 4 - NÃO, JÁ FREQUENTOU (REDE PÚBLICA) 5 - NUNCA FREQUENTOU 8 - NÃO SE APLICA (7 anos e mais)</p>	<p>FREQUÊNCIA À ESCOLA (14) (para crianças > 7 anos)</p> <p>0 - NUNCA FREQUENTOU ESCOLA 1 - PRÉ-ESCOLAR (< 7 ANOS) 2 - 1º GRAU INCOMPLETO 3 - 1º GRAU COMPLETO (da 1ª a 8ª série) 4 - 2º GRAU INCOMPLETO 5 - 2º GRAU COMPLETO (da 9ª a 11ª) 6 - SUPERIOR - INCOMPLETO 7 - SUPERIOR - COMPLETO 9 - NÃO SABE</p>	<p>FREQUÊNCIA À ESCOLA (14) (para crianças > 7 anos)</p> <p>0 - NUNCA FREQUENTOU ESCOLA 1 - PRÉ-ESCOLAR (< 7 ANOS) 2 - 1º GRAU INCOMPLETO 3 - 1º GRAU COMPLETO (da 1ª a 8ª série) 4 - 2º GRAU INCOMPLETO 5 - 2º GRAU COMPLETO (da 9ª a 11ª) 6 - SUPERIOR - INCOMPLETO 7 - SUPERIOR - COMPLETO 9 - NÃO SABE</p>	<p>ALFABETIZAÇÃO (13) (para menores de 7 anos)</p> <p>1 - LÊ E ESCRIVE 2 - LÊ 3 - NÃO 4 - NÃO SABE 8 - NSA (< 7 ANOS)</p>	<p>CONDICÃO DE TRABALHO (17)</p> <p>00 - NÃO TRABALHA 01 - DESEMPREGADO 02 - APOSENTADO 03 - PENSIONISTA 04 - BENEFÍCIO 05 - BENEFÍCIO 06 - AUTÔNOMO (urbano ou rural) 08 - EMPREGADO 09 - TRABALHO ESPORÁDICO 07 - TRABALHO ESPORÁDICO 08 - BISCATEIRO/AMBULANTE 09 - CRIANÇA/ESTUDANTE (TRABALHANDO) 10 - CRIANÇA/ESTUDANTE (NÃO TRABALHANDO) 11 - (< 7 anos)</p>

FORMULÁRIO 2 REGISTRO DO DOMICÍLIO		Pág. 1		
QUESTIONÁRIO Nº		QST		
1	TOTAL DE PESSOAS: <input type="text"/>	NPES		
2	TIPO DE MORADIA: <input type="checkbox"/> 1 Casa <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 2 Apartamento <input type="checkbox"/> 3 Quarto/Cômodo	TIPO		
3	REGIME DE OCUPAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1 Própria, já paga <input type="checkbox"/> 5 Invadida <input type="checkbox"/> 2 Própria, em aquisição <input type="checkbox"/> 6 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 3 Cedida <input type="checkbox"/> 4 Alugada	REGIME		
4	PAREDES: <input type="checkbox"/> 1 Avenaria/Tijolo <input type="checkbox"/> 4 Tijolo + Taipa <input type="checkbox"/> 2 Taipa com reboco <input type="checkbox"/> 5 Madeira <input type="checkbox"/> 3 Taipa sem reboco <input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	PAREDE		
5	PISO: <input type="checkbox"/> 1 Cerâmica/ Lajota <input type="checkbox"/> 4 Terra (barro) <input type="checkbox"/> 2 Madeira <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 3 Cimento	PISO		
6	COBERTURA: <input type="checkbox"/> 1 Laje de concreto <input type="checkbox"/> 3 Telha de amianto (Brasilit) <input type="checkbox"/> 2 Telha de barro <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____	TETO		
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Com canalização interna <input type="checkbox"/> 1 Rede geral <input type="checkbox"/> 2 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3 Cisterna <input type="checkbox"/> 4 Cacimba <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Sem canalização interna <input type="checkbox"/> 6 Rede geral <input type="checkbox"/> 7 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 8 Chafariz <input type="checkbox"/> 9 Cisterna <input type="checkbox"/> 10 Cacimba <input type="checkbox"/> 11 Outro: _____ </td> </tr> </table>	Com canalização interna <input type="checkbox"/> 1 Rede geral <input type="checkbox"/> 2 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3 Cisterna <input type="checkbox"/> 4 Cacimba <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____	Sem canalização interna <input type="checkbox"/> 6 Rede geral <input type="checkbox"/> 7 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 8 Chafariz <input type="checkbox"/> 9 Cisterna <input type="checkbox"/> 10 Cacimba <input type="checkbox"/> 11 Outro: _____	ÁGUA
Com canalização interna <input type="checkbox"/> 1 Rede geral <input type="checkbox"/> 2 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 3 Cisterna <input type="checkbox"/> 4 Cacimba <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____	Sem canalização interna <input type="checkbox"/> 6 Rede geral <input type="checkbox"/> 7 Poço ou nascente <input type="checkbox"/> 8 Chafariz <input type="checkbox"/> 9 Cisterna <input type="checkbox"/> 10 Cacimba <input type="checkbox"/> 11 Outro: _____			
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER: <input type="checkbox"/> 1 Fervida <input type="checkbox"/> 4 Sem tratamento <input type="checkbox"/> 2 Filtrada <input type="checkbox"/> 5 Mineral <input type="checkbox"/> 3 Coada <input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	TRATA		
9	ESGOTAMENTO SANITÁRIO: <input type="checkbox"/> 1 Rede geral <input type="checkbox"/> 2 Fossa com tampa <input type="checkbox"/> 3 Fossa rudimentar (sem tampa) <input type="checkbox"/> 4 Cursos d'água <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____	ESGOTO		

FORMULÁRIO 2						Pág. 2	
REGISTRO DO DOMICÍLIO							
10 DESTINO DO LIXO: <input type="checkbox"/> 1 Coletado <input type="checkbox"/> 3 Queimado <input type="checkbox"/> 5 Outro: <input type="checkbox"/> 2 Enterrado <input type="checkbox"/> 4 Terreno baldio						LIXO	<input type="checkbox"/>
11 CÔMODOS: Total <input type="text"/> <input type="text"/> Servindo de dormitório <input type="text"/> <input type="text"/>						CMDTOTAL	<input type="text"/> <input type="text"/>
12 BANHEIRO: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 1 Interno <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 2 Externo						BANHEIRO	<input type="checkbox"/>
						BANHTIPO	<input type="checkbox"/>
13 ILUMINAÇÃO ELÉTRICA	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				LUZ	<input type="checkbox"/>
14 RÁDIO/SOM	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				RADIO	<input type="checkbox"/>
15 TELEVISÃO - CORES	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				TVCOR	<input type="checkbox"/>
16 TELEVISÃO - PRETO E BRANCO	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				TVPB	<input type="checkbox"/>
17 GELADEIRA / FREEZER	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				GELAD/FR	<input type="checkbox"/>
18 FOGÃO À GÁS	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				FOGAO	<input type="checkbox"/>
19 LIQUIDIFICADOR	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				LIQUID	<input type="checkbox"/>
20 FERRO ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				FERRO	<input type="checkbox"/>
21 VENTILADOR	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				VENTILADOR	<input type="checkbox"/>
22 BICICLETA	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				BICICLETA	<input type="checkbox"/>
23 MOTO	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				MOTO	<input type="checkbox"/>
24 ANTENA PARABÓLICA	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				ANTENA	<input type="checkbox"/>
26 TELEFONE CELULAR	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				TELCEL	<input type="checkbox"/>
27 TELEFONE FIXO	<input type="checkbox"/> 1 Tem	<input type="checkbox"/> 2 Não tem				TELFIXO	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO 3 REGISTRO DA CRIANÇA			pág. 1	
NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >):	Nº ORDEM (mãe/responsável)	Nº ORDEM (criança)	QST	
1 A senhora, responsável por < > é:			RESPONS	
<input type="checkbox"/> 1 Mãe biológica <input type="checkbox"/> 2 Mãe adotiva <input type="checkbox"/> 3 Outra: _____				
2 A mãe fez pré-natal na gravidez de < >?			PN	
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
3 Se SIM, em que mês da gestação iniciou o pré-natal de < >?			PNSIM	
<input type="text"/> <input type="text"/>			88 - Não fez PN 99 - Não sabe	
3.1. Quantas consultas fez?			PNCONS	
<input type="text"/> <input type="text"/> consultas			88 - Não fez PN 99 - Não sabe	
3.2. Recebeu vacina anti-tetânica no pré-natal de < >?			PNVACIN DOSES	
<input type="checkbox"/> 1 Sim, _____ doses <input type="checkbox"/> 4 Já imunizada <input type="checkbox"/> 2 Sim, reforço <input type="checkbox"/> 5 Nunca foi vacinada <input type="checkbox"/> 3 Não <input type="checkbox"/> 8 Não fez PN <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
3.3. A Senhora (mãe biológica) recebeu orientação sobre sua alimentação durante a gestação de < >?			PNALIM	
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 Não fez PN <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
3.4. Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal de < >?			PNALEIT	
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 Não fez PN <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
4 Se NÃO fez pré-natal, por que não fez?			PNNAO	
<input type="checkbox"/> 1 Não teve problema de saúde <input type="checkbox"/> 3 Teve dificuldade de acesso ao posto <input type="checkbox"/> 8 Fez PN <input type="checkbox"/> 2 Achou desnecessário <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
5 Onde nasceu < >?			LOCNAS	
<input type="checkbox"/> 1 Hospital/maternidade <input type="checkbox"/> 2 Em casa <input type="checkbox"/> 3 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
6 Como foi o parto?			PARTO	
<input type="checkbox"/> 1 Normal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 Fórceps <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				
7 Quem fez o parto?			FEZPARTO	
<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 3 Parteira <input type="checkbox"/> 9 Não sabe <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> 4 Outro: _____				
8 Quanto pesou < > ao nascer? _____ (g) 0000 - Não foi pesado 9999 - Não sabe			PNAS	
9 O peso ao nascer foi: <input type="checkbox"/> 1 Registrado <input type="checkbox"/> 2 Informado <input type="checkbox"/> 3 Não pesou <input type="checkbox"/> 9 Não sabe			PREG	
10 < > mama? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe			MAMA	
11 < > mamou? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não (nunca mamou) <input type="checkbox"/> 3 Ainda mama <input type="checkbox"/> 9 Não sabe			MAMOU	
12 Até que idade < > mamou?			IMA IMM IMD	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ano (s) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mês (es) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Dia (s)			99 - Não sabe 88 - Ainda mama 00 - Nunca mamou	
13 Por que deixou de mamar?			DESMAMA	
<input type="checkbox"/> 01 Leite insuficiente <input type="checkbox"/> 06 Mãe trabalhava/estudava <input type="checkbox"/> 02 Criança não queria <input type="checkbox"/> 07 Problema no seio <input type="checkbox"/> 03 Criança estava doente <input type="checkbox"/> 08 Outro: _____ <input type="checkbox"/> 04 Mãe não queria <input type="checkbox"/> 05 Mãe doente			99 - Não sabe 88 - Ainda mama 00 - Nunca mamou	

FORMULÁRIO 3 REGISTRO DA CRIANÇA				pag. 2
14	Por que nunca mamou?			
	01 Leite insuficiente	06 Mãe trabalhava/estudava		
	02 Criança não queria	07 Problema no seio		
	03 Criança estava doente	08 Outro: _____		
	04 Mãe não queria		00 - Mamou	
	05 Mãe doente		88 - Ainda mama	
			99 - Não sabe	DESMOU
14a	Se nunca mamou que alimento (s) recebeu após o nascimento?			
	Água	Mês(es)	Dia(s)	00 = nunca recebeu
	Chá	Mês(es)	Dia(s)	77 = mamou
	Suco	Mês(es)	Dia(s)	88 = nunca mamou
	Outro leite	Mês(es)	Dia(s)	99 = não sabe
	Mingau	Mês(es)	Dia(s)	
	Outro	Mês(es)	Dia(s)	
				NAGU
				NCHA
				NSUC
				NLEIT
				NMIN
				NOUT
15	< > recebe(u) outro alimento enquanto mama(va)?			
	1 Sim	2 Não	8 Nunca mamou	9 Não sabe
				OUTROALI
16	Enquanto mama (va), com que idade começou a receber:			
	Água	Mês(es)	Dia(s)	88 = nunca mamou
	Chá	Mês(es)	Dia(s)	00 = nunca recebeu
	Suco	Mês(es)	Dia(s)	99 = não sabe
	Outro leite	Mês(es)	Dia(s)	
	Mingau	Mês(es)	Dia(s)	
	Outro	Mês(es)	Dia(s)	
				MAGU
				MCHA
				MSUC
				MLEIT
				MMIN
				MOUT
17	< > tem cartão que marque o peso?			
	1 Sim, visto	3 Não, mas já teve	9 Não sabe	
	2 Sim, não visto	4 Nunca teve		
				CARTPESO
NOS ÚLTIMOS 3 MESES (Observar no cartão):				
18	< > foi pesado (a)?			
	1 Sim, peso registrado	3 Não	8 Cartão não visto	
	2 Sim, peso não registrado	4 Não tem cartão	9 Não sabe	
				FOIPESA
19	No cartão tem registro do desenvolvimento?			
	1 Sim, visto	3 Não	8 Cartão não visto	
	2 Sim, não visto	4 Não tem cartão	9 Não sabe	
				RDESENV
20	< > tem cartão de vacina?			
	1 Sim, visto	3 Não, já teve	9 Não sabe	
	2 Sim, não visto	4 Nunca teve		
				CRTVACIN
21	Quantas doses de vacina < > recebeu?			
		1. carteira/senha	2. mãe	3. cicatriz
	Pólio (gota na boca)	_____	_____	_____
	Triplica (injeção na nádega)	_____	_____	_____
	Sarampo (injeção no braço)	_____	_____	_____
	BCG (ver cicatriz no braço direito)	_____	_____	_____
	Hib	_____	_____	_____
	Hepatite B	_____	_____	_____
	Sarampo, Caxumba, Rubéola (SRC)	_____	_____	_____
				0 = Não vacinou
				8 = NSA (não tem idade)
				9 = Não sabe
				POL
				DPT
				SMP
				BCG
				HIB
				HEP
				SRC
22	< > recebeu dose de vitamina "A", nos últimos 6 meses? (para crianças de 6 meses a < 5 anos)			
	1 Sim, registrado	3 Não	9 Não sabe	
	2 Sim, apenas informado	4 NSA (< 6 meses)		
				VIT-A

23	< > tem / teve anemia?	1 Sim	2 Não	9 Não sabe	ANEMIA	<input type="checkbox"/>						
24	Se Sim , a partir de que idade < > tem / teve anemia?	88 = NSA (não tem/teve)	99 = Não sabe	Anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	IAA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	< > se tem / teve anemia, toma / tomou algum medicamento?	8 - NSA (não tem/teve)	9 - Não sabe	1 Sim. Qual? _____	2 Não	MEDC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEDC Q	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO 4 REGISTRO DE MORBIDADE				Pág 1	
NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >)		Nº ORDEM (criança)	Nº ORDEM (mão/responsável)	QST	
1	< > está com diarreia hoje?				
	1 Sim. Quantas evacuações? <input type="text"/>		9 Não sabe	DIASHOJE	<input type="text"/>
	2 Não			EVACUA	<input type="text"/>
2	Teve diarreia nas últimas duas semanas?				
	1 Sim. Quantos dias? <input type="text"/>		9 Não sabe	DIASEM	<input type="text"/>
	2 Não			QTDIA	<input type="text"/>
3	SE TEVE DIARRÉIA: Você deu para < > algo de beber para tratar a diarreia?				
	1 Sim	2 Não	8 Não teve diarreia	9 Não sabe	DIABEBER
4	SE SIM: O que você deu para < > beber?				
	Soro caseiro (punhado/plata)	1 Sim	2 Não	0 = não deu nada	PUNHADO
	Soro caseiro (colher medida)	1 Sim	2 Não	8 = não teve diarreia	COLHER
	Soro pacote (CEME/farmácia)	1 Sim	2 Não	9 = não sabe	CEME
	Outro líquido. Qual? _____	1 Sim	2 Não		LIQUIDO
5	SE USOU SORO: Quem orientou o uso do soro?				
	1 Médico	3 Farmacêutico/balconista		0 = não usou soro	ORISORO
	2 Agente de saúde	4 Rádio/televisão		8 = não teve diarreia	
	3 Enfermeiro	6 Outro _____		9 = não sabe	
6	Suspendeu a alimentação durante a diarreia?				
	1 Sim	2 Não	8 Não teve diarreia	9 Não sabe	ALIMDIAR
7	Usou medicamento para tratar a diarreia?				
	1 Sim Qual? _____		8 Não teve diarreia		MEDIAR
	2 Não		9 Não sabe		QUALMED
8	< > teve tosse na última semana?				
	1 Sim	2 Não	9 Não sabe		TOSSE
SE TEVE TOSSE					
9	Tinha febre?				
	1 Sim	2 Não	8 Não teve tosse	9 Não sabe	FEBRE
10	Tinha cansaço?				
	1 Sim	2 Não	8 Não teve tosse	9 Não sabe	CANSAÇO
11	Tinha nariz entupido?				
	1 Sim	2 Não	8 Não teve tosse	9 Não sabe	NARIZENT
12	Foi levado para consulta?				
	1 Sim. Com quem? _____		8 Não teve tosse	9 Não sabe	FEZCONSU
	2 Não				

QUESTIONÁRIO:			F-4	Pág. 2
13	Foi internada nos <u>últimos doze meses</u> ?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	INTERNA	<input type="checkbox"/>
14	SE FOI INTERNADA: por qual(is) doença(s) e quantas vezes(nos últimos 12 meses)?	Diarréia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes Pneumonia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes Desnutrição: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes Outra: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vezes _____	DIARREIA PNEUMO DESNUT OUTRA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Nos <u>últimos três meses</u> a criança foi consultada?	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Não sabe	FOICONS	<input type="checkbox"/>
16	SE SIM, com quem se consultou?	<input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro(a) (nível superior) <input type="checkbox"/> 3 Agente de Saúde (atendente e auxiliar de enfermagem) <input type="checkbox"/> 4 Farmacêutico (ou balconista) <input type="checkbox"/> 5 Rezadeira (pai ou mãe de santo, benzedeira) <input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	QCONS	<input type="checkbox"/>
17	SE, SE CONSULTOU COM MÉDICO: qual o Serviço de Saúde utilizado?	<input type="checkbox"/> 1 Público <input type="checkbox"/> 3 Particular <input type="checkbox"/> 8 NSA (não se consultou)	SRVSAUD	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Plano de saúde <input type="checkbox"/> 4 Se consultou c/ outro profissional <input type="checkbox"/> 9 Não sabe		
18	Quanto tempo leva para ir de sua casa até o Serviço de Saúde? (o que mais frequenta)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos 99 = Não sabe	TEMPOH TEMPOM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19	Qual o principal meio de transporte utilizado?	<input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 5 Outro: _____	TRANS	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Carro/ônibus/moto <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Transporte animal <input type="checkbox"/> 9 Não sabe		
20	<> recebe regularmente visitas de Agente de Saúde?	<input type="checkbox"/> 1 Sim, da pastoral <input type="checkbox"/> 2 Sim, do PACS / PSF <input type="checkbox"/> 3 Não	ACS	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 8 NSA (não tem ACS na área) <input type="checkbox"/> 9 Não sabe		

FORMULÁRIO 5 REGISTRO DA MULHER				pág. 1			
Nome da mulher de 10 a 49 anos:		Nº ordem da mulher	Respondido por:		QST		
1	Tem menarca (ou menstruação?): <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não				MENARCA		
2	SE SIM: com que idade teve a menarca? <input type="text"/> anos				IDMENRC		
3	Esteve grávida alguma vez? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou				FOIGRV		
4	Com que idade teve a primeira gravidez? <input type="text"/> anos 88 = Nunca engravidou 99 = Não sabe				IDADEGRV		
5	Está grávida atualmente? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				GRAVIDA		
6	SE SIM: recebe atendimento pré-natal? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou <input type="checkbox"/> 8 Não esta grávida <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				PRENATAL		
7	Teve algum filho nascido vivo nos últimos doze meses? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou <input type="checkbox"/> 8 Grávida do 1º filho				NVIVO12		
8	SE SIM, a Senhora tomou vitamina A na alta hospitalar? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou <input type="checkbox"/> 8 Grávida do 1º filho <input type="checkbox"/> 0 Não teve filho nos últimos 12m				TOMOU-A		
9	Morreu algum filho < 1 ano nos últimos doze meses? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> (< 1 mês) <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Nunca engravidou <input type="checkbox"/> (1-11 meses) <input type="checkbox"/> 8 Grávida do 1º filho				MORREU12 MORREU1 MORREU11		
10	Quantas vezes engravidou? <input type="text"/> vezes (CONTAR GRAVIDEZ ATUAL) Abortos (< 28 semanas de gestação) Nascidos mortos (> 28 semanas de gestação) Nascidos vivos Mortos após o nascimento Vivos atualmente + <input type="text"/> <input type="text"/> Grávida atualmente				XGRAVID ABORTOS NASCORTO NASCVIVO MORTAPOS VIVOS		
11	Está usando algum método para evitar filho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 8 Está grávida				EVITA		
12	SE SIM: que método está usando? <input type="checkbox"/> 1 Ligadura/laqueadura <input type="checkbox"/> 6 Tabela <input type="checkbox"/> 2 Pílula <input type="checkbox"/> 7 Outro <input type="checkbox"/> 3 Camisinha <input type="checkbox"/> 4 DIU <input type="checkbox"/> 8 Está grávida <input type="checkbox"/> 5 Diafragma <input type="checkbox"/> 9 Nenhum				METODO		
13	Quem orientou o método? <input type="checkbox"/> 1 Médico <input type="checkbox"/> 6 Não usa método <input type="checkbox"/> 2 Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> 7 Outro: <input type="checkbox"/> 3 Outro membro da equipe de saúde <input type="checkbox"/> 4 Parente, amigo, marido <input type="checkbox"/> 8 Está grávida <input type="checkbox"/> 5 Conta própria <input type="checkbox"/> 9 Não sabe				ORIENTOU		

Nº ORDEM DA MULHER: _____		QUESTIONÁRIO:				F-5	Pág. 2
14	Em que momento foi realizada a ligadura/laqueadura?	<input type="checkbox"/> 1 Na cesariana do último filho	<input type="checkbox"/> 8 Não fez laqueadura	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 0 Está grávida	LIGADURA	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Por cirurgia					
15	Quem tomou a decisão de fazer a ligadura/laqueadura?	<input type="checkbox"/> 1 Pais	<input type="checkbox"/> 4 Conta própria	<input type="checkbox"/> 8 Não fez	<input type="checkbox"/> 0 Está grávida	DECISAO	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 2 Médico	<input type="checkbox"/> 5 Casal				
		<input type="checkbox"/> 3 Companheiro	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____				
16	Fez exame de prevenção de câncer de colo nos <u>últimos doze meses?</u>	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 0 Está grávida		PREVEN	<input type="checkbox"/>
17	Fez exame de prevenção de câncer de mama nos <u>últimos doze meses?</u>	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não se aplica (< 35 anos)		CAMAMA	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO 6				Renda Familiar Mensal e Despesas		Pág. 1	
Nome (da mulher ou do chefe): _____		Respondido por (entrevistado): _____		QST			
1 Qual a profissão do chefe da casa? _____				PROFCHEF			
2 Pessoas <u>moradoras no domicílio</u> que trabalharam no <u>último mês</u> :							
Nº	Nome	Tipo trabalho	Rendimento	Frequência de recebimento			
0	Nenhuma					PESSOAS	
2.1. Soma dos rendimentos: (mensal) R\$ _____		9999 = quando não referir rendimentos		ΣREN			
2.2. Somatório dos rendimentos se refere à:				CODREN			
<input type="checkbox"/> 0 Não tem renda		<input type="checkbox"/> 1 Renda Total		<input type="checkbox"/> 2 Renda Parcial		<input type="checkbox"/> 3 Ignorado	
3 Pessoas <u>moradoras no domicílio</u> que receberam <u>aposentadoria, pensão / benefício</u> no <u>último mês</u> :							
Nº	Nome	1. Aposentadoria	2. Pensão	3. Benefício			
						APB	
0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		Total mensal R\$ _____		ΣAPB	
4 Pais e parentes <u>não moradores no domicílio</u> que contribuíram para a renda no <u>último mês</u> :							
Grau de parentesco		Local de residência		Valor da contribuição		Esta contribuição é: Mensal (1) Esporádica (2)	
0	Nenhuma	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe		Total mensal R\$ _____		CONTM	
5 No <u>último mês</u> pediu emprestado a alguém de fora para completar as despesas da casa?							
<input type="checkbox"/> 1 Sim		<input type="checkbox"/> 2 Não		<input type="checkbox"/> 3 Não sabe		PEDIEMPR	
6 Se SIM, quanto: R\$: _____ (sem os centavos)		0000 – Não pediu		9999 – Não sabe		QTO	
7 Utiliza o dinheiro dos Programas de Governo abaixo relacionados, ou outro tipo de renda?:							
PBF	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Quanto: R\$ _____				PBF	
	<input type="checkbox"/> 2 Não					PBF\$	
PETI	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Quanto: R\$ _____				PETI	
	<input type="checkbox"/> 2 Não					PETIS	
Outro	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Quanto: R\$ _____				OUTPR	
	<input type="checkbox"/> 2 Não					OUTPR\$	
Outro tipo de renda:							
	<input type="checkbox"/> 1 Sim	Quanto: R\$ _____				OUTREN	
	<input type="checkbox"/> 2 Não					OUTRENS	

QUESTIONÁRIO N°:			F - 6	Pág. 2
8	No <u>último mês</u> quais foram os principais gastos da casa?			
8.1. Feira:	R\$ _____	0000 – Não gastou	FEIRA	
8.2. Supermercado/Mercado:	R\$ _____	9999 – Não sabe	SUPER	
8.3. Mercadinho/Venda/Padaria:	R\$ _____		VENDA	
8.4. Medicamentos:	R\$ _____		MEDI	
8.5. Água/Luz:	R\$ _____		AGLUZ	
8.6. Aluguel:	R\$ _____		ALUG	
8.7. Gasto na plantação e/ou criação:	R\$ _____		PLAN	
8.8. Material escolar:	R\$ _____		MESC	
8.9. Vestuário:	R\$ _____		VEST	
8.10. Telefone celular:	R\$ _____		TCEL	
8.11. Telefone convencional:	R\$ _____		TCON	
8.12. Outros: _____	R\$ _____		OTG1	
_____	R\$ _____		OTG2	
_____	R\$ _____		OTG3	
Total das despesas:	R\$ _____		DTOT	
9	O somatório das despesas é:	<input type="checkbox"/> 1 Total	<input type="checkbox"/> 2 Parcial	CODES

FORMULÁRIO 8		REGISTRO DE POLÍTICAS PÚBLICAS		PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - PBF		pag. 1	
Nome (da mulher ou do chefe): _____		Respondido por (entrevistado): _____		QST			
1	A família está inscrita no Programa Bolsa Família?	(Se NÃO, passar para a Questão 13; ASSINALAR 8 até Q 12)		INSCPBF			
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não						
2	Como se deu essa inscrição?			COMOINSC			
	<input type="checkbox"/> 1 Por indicação de alguém	<input type="checkbox"/> 7 Não teve indicação					
	<input type="checkbox"/> 2 Por interesse próprio	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
	<input type="checkbox"/> 3 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
3	Se foi indicada por alguém, quem indicou?			INDQUEM			
	<input type="checkbox"/> 1 Prefeitura	<input type="checkbox"/> 5 Igreja					
	<input type="checkbox"/> 2 Agente Comunitário	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____					
	<input type="checkbox"/> 3 Vereador	<input type="checkbox"/> 7 Não teve indicação					
	<input type="checkbox"/> 4 Escola ou professora	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
3A	Há quanto tempo está inscrita no PBF?			TEMPINC			
	<input type="checkbox"/> 0 < 1 mes	<input type="checkbox"/> 4 > de 6 meses					
	<input type="checkbox"/> 1 1 a 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
	<input type="checkbox"/> 2 3 a 4 meses	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
	<input type="checkbox"/> 3 5 a 6 meses						
4	Há quanto tempo é beneficiada com esse Programa? (recebe dinheiro)			TEMPPBF			
	<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 4 > de 6 meses					
	<input type="checkbox"/> 1 1 a 2 meses	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
	<input type="checkbox"/> 2 3 a 4 meses	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
	<input type="checkbox"/> 3 5 a 6 meses						
5	PARA INSCRIÇÃO / MANUTENÇÃO NO PROGRAMA, O QUE EXIGIRAM / EXIGEM DA SUA FAMÍLIA (Considerar até 2 respostas, assinalando os códigos correspondentes às mesmas):						
	5.1. Com relação às crianças:						
	<input type="checkbox"/> 1 Vacinação	<input type="checkbox"/> 5 Freqüentar a escola					
	<input type="checkbox"/> 2 Pesagem	<input type="checkbox"/> 6 Nada					
	<input type="checkbox"/> 3 Ir, sempre que marcado, ao Posto de Saúde	<input type="checkbox"/> 7 Outro: _____					
	<input type="checkbox"/> 4 Não trabalhar	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
		<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					
	5.2. Com relação às mães:						
	<input type="checkbox"/> 1 Fazer consulta pré-natal, quando gestante	<input type="checkbox"/> 5 Outro: _____					
	<input type="checkbox"/> 2 Amamentar a criança menor de 1 ano						
	<input type="checkbox"/> 3 Votar na última eleição num candidato indicado	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita					
	<input type="checkbox"/> 4 Nada	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe					

Nome (da mulher ou do chefe):	Respondido por (entrevistado):	QUESTIONÁRIO:	F-8	pág.2										
6 O que fez do dinheiro recebido no último mês?			DINHMES											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Comprou roupas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Comprou alimentos</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Pagou aluguel</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Pagou dívidas</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Comprou remédios</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 5 Comprou roupas	<input type="checkbox"/> 1 Comprou alimentos	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____	<input type="checkbox"/> 2 Pagou aluguel	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita	<input type="checkbox"/> 3 Pagou dívidas	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 4 Comprou remédios			
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 5 Comprou roupas													
<input type="checkbox"/> 1 Comprou alimentos	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____													
<input type="checkbox"/> 2 Pagou aluguel	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita													
<input type="checkbox"/> 3 Pagou dívidas	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe													
<input type="checkbox"/> 4 Comprou remédios														
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA - PBF														
7 No último mês, quem se beneficiou do dinheiro recebido pelo Programa?			BENEF											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Mulheres que amamentam</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Toda a família</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Apenas o chefe da família</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Crianças</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Gestantes</td> <td><input type="checkbox"/> 9 Não sabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4 Idosos</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 5 Mulheres que amamentam	<input type="checkbox"/> 1 Toda a família	<input type="checkbox"/> 6 Apenas o chefe da família	<input type="checkbox"/> 2 Crianças	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita	<input type="checkbox"/> 3 Gestantes	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<input type="checkbox"/> 4 Idosos			
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 5 Mulheres que amamentam													
<input type="checkbox"/> 1 Toda a família	<input type="checkbox"/> 6 Apenas o chefe da família													
<input type="checkbox"/> 2 Crianças	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita													
<input type="checkbox"/> 3 Gestantes	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe													
<input type="checkbox"/> 4 Idosos														
8 Tem dificuldade para receber o dinheiro do Programa?			DIFIC											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Às vezes</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 3 Às vezes							
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita												
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 3 Às vezes													
9 SE SIM, qual a maior dificuldade:			DIFICQ											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Não tem dificuldade</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 1 Não tem dificuldade	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita									
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 1 Não tem dificuldade	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita												
10 Da última vez, qual foi o valor ou a quantidade recebida?			R\$PBF											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 00 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 88 Não está inscrita</td> <td>R\$ _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 00 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 88 Não está inscrita	R\$ _____									
<input type="checkbox"/> 00 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 88 Não está inscrita	R\$ _____												
11 Sua vida melhorou depois de estar recebendo o PBF?			MELHOR											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita								
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita											
12 Por quê?			MELHORQ											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu</td> <td><input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita										
<input type="checkbox"/> 0 Ainda não recebeu	<input type="checkbox"/> 8 Não está inscrita													
PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL - PETI (7 a 14 anos)														
13 A Senhora tem alguém na casa entre 7 e 14 anos?			ESCOLAR											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> <td>Quantos? ____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Quantos? ____	QTESCOL								
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	Quantos? ____												
Se a resposta for NÃO, passar para a Questão 16 e assinalar 0 (zero) até 15			PESSTRAB											
13.1. Se SIM, esta pessoa está trabalhando?														
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não										
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não													
13.2. Se está trabalhando, em quê?			PESSTRABQ											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Na roça</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Com animais</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 No corte de cana</td> <td><input type="checkbox"/> 5 Empregado(a) doméstico(a)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3 Carregando água</td> <td><input type="checkbox"/> 6 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 8 NSA (Não trabalha)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Na roça	<input type="checkbox"/> 4 Com animais	<input type="checkbox"/> 2 No corte de cana	<input type="checkbox"/> 5 Empregado(a) doméstico(a)	<input type="checkbox"/> 3 Carregando água	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____		<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não trabalha)				
<input type="checkbox"/> 1 Na roça	<input type="checkbox"/> 4 Com animais													
<input type="checkbox"/> 2 No corte de cana	<input type="checkbox"/> 5 Empregado(a) doméstico(a)													
<input type="checkbox"/> 3 Carregando água	<input type="checkbox"/> 6 Outro: _____													
	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Não trabalha)													
13.3 Se NÃO, estuda?			FIESTUDA											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Não trabalha nem estuda</td> <td><input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não trabalha nem estuda	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)								
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 3 Não trabalha nem estuda	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)											
14 A Senhora recebe algum dinheiro para a criança não trabalhar?			RECBDINH											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Sim</td> <td><input type="checkbox"/> 2 Não</td> <td><input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)									
<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 8 NSA (Trabalha)												
15 O que a Senhora acha do Programa que oferece dinheiro para as crianças trocarem o trabalho pela escola?			OPINIAO											
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1 Bom</td> <td><input type="checkbox"/> 3 Não conhece</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2 Ruim</td> <td><input type="checkbox"/> 4 Outra opinião: _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1 Bom	<input type="checkbox"/> 3 Não conhece	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 4 Outra opinião: _____								
<input type="checkbox"/> 1 Bom	<input type="checkbox"/> 3 Não conhece													
<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 4 Outra opinião: _____													

ANEXO C:

INQUÉRITO DE CONSUMO ALIMENTAR

FORMULÁRIO 11 - CONSUMO FAMILIAR - INQUÉRITO ALIMENTAR DE 7 DIAS
ANOTE TODO ALIMENTO DE CONSUMO FAMILIAR DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS.

Nome do entrevistado:		Entrevistador:				QST					
		Município:	1	Gameleira	2	São João do Tigre	MUNIC				
Endereço:							AQUIS. ALIM.				
CEREAIS E DERIVADOS (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO		QUANT (g)					
Arroz											
Arrozina											
Aveia											
Bolacha											
Bolos											
Biscoito											
Cremsgema											
Farinha De Trigo											
Fubá											
Macarrão											
Maisena											
Milho em conserva											
Milho em espiga											
Pão											
LEGUMINOSAS (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO		QUANT (g)					
Ervilha											
Fava											
Feijão											
Soja											
RAÍZES E TUBÉRCULOS (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO		QUANT (g)					
Banana Comprida											
Batata doce											
Batata Inglesa											
Farinha de mandioca											
Goma de mandioca											
Inhame											
Macaxeira											
CARNES E PESCADOS (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO		QUANT (g)					
Bovina c/ osso											
Bovina s/ osso											
Bacon / Toucinho											
Carne enlatada											
Charque											
Fígado bovino											
Galinha											
Lingüiça											
Peixes e frutos do mar											
Porco											
Salsicha											
Visceras											
OVOS, LEITES E QUEIJOS (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO		QUANT (g)					
Creme de leite											
Iogurte											
Leite condensado											
Leite de cabra											
Leite desnatado											
Leite em pó											
Leite in natura											
Ovos											
Queijo											

VERDURAS (Tipo)	ALIM. CONS.	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO	QUANT (g)
Acelga					
Alface					
Alho					
Beterraba					
Cebola					
Cebolinha					
Cenoura					
Chuchu					
Coentro					
Couve flor					
Couve folha					
Ervilha					
Espinafre					
Jerimum					
Maxixe					
Pepino					
Pimentão					
Quiabo					
Repolho					
Tomate					
Vagem					
FRUTAS (Tipo)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO	QUANT (g)
Abacate					
Abacaxi					
Acerola					
Banana					
Cajá					
Caju					
Carambola					
Coco					
Goiaba					
Graviola					
Jaca					
Laranja					
Limão					
Maçã					
Mamão					
Manga					
Mangaba					
Maracujá					
Melancia					
Melão					
Pêra					
Pinha					
Pitomba					
Siriguela					
Umbu					
Uva					
AÇÚCARES E DOCES (Tipo/ Marca)	ALIM. CONS	QTD. CONSUMIDA	UNIDADE	PREÇO	QUANT (g)
Achocolatado					
Açúcar					
Balas e doces					
Doce de fruta					
Doce de leite					
Gelatina					
Mel					
Pudim					
Rapadura					
Sorvete					

ANEXO D:

MODELO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

**PESQUISA DO DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO – UFPE
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM GAMELEIRA – PE**

Roteiro de Entrevista

Secretaria de Desenvolvimento Social

- 1) Quais são os programas sociais desenvolvidos por esta secretaria (no âmbito do combate a fome e a pobreza)?
- 2) Quais são os objetivos dos programas desenvolvidos?
- 3) Quantas famílias estão sendo beneficiadas nos diferentes programas?
- 4) Quais são os critérios de seleção, cadastramento e desligamento desses programas?
- 5) Existem condicionalidades vinculadas aos programas desenvolvidos? Quais?
- 6) Fale sobre as principais dificuldades e facilidades encontradas na implementação destes programas?
- 7) A secretaria desenvolve programas em parceria com outras secretarias, associações ou ONGs? Quais?
- 8) O que você pensa sobre os programas de combate à fome e à pobreza que vem sendo desenvolvidos pelo governo federal?
- 9) Na sua opinião, os programas de transferência de renda teriam o potencial de alterar a situação de pobreza das famílias? Por quê?
- 10) Além do PBF, o município possui outros programas de transferência de renda implementados? (Programas federais e/ou criados pelo próprio município) Quais?
- 11) Como foi a experiência de implementação de programas de transferência de renda no município?
- 12) Quando de sua implantação, o(s) programa(s) foi submetido à apreciação de algum Conselho ou fórum de controle social?
- 13) Existem avaliações e estudos sobre o impacto dos programas anteriores?
- 14) Quais foram as principais dificuldades e facilidades encontradas durante esse processo?

- 15) Foi feita alguma capacitação dos técnicos para realizarem o processo de cadastramento?
- 16) Como os demais níveis de governo participaram do processo de cadastramento?
- 17) Como foi implementado o cadastro único no município?
- 18) Quando foi implementado o PBF no município?
- 19) Como a opinião pública reagiu quando da implantação do programa?
- 20) Você considera que houve avanço na unificação dos programas de transferência de renda com a instituição do Programa Bolsa Família? Por quê?
- 21) Quais foram os critérios utilizados para definir a Secretaria de Promoção Social como órgão gestor do PBF?
- 22) Como se dá o financiamento do Programa? Como se dá a relação com outras esferas de governo no que diz respeito a esta questão?
- 23) Como se dá o diálogo entre as áreas de governo envolvidas em torno do programa? Como se dá o processo de tomada de decisão em relação à implementação do programa?
- 24) Quais são os critérios e como está sendo realizado o processo de captação, seleção e cadastramento do PBF? Há participação dos governos federal e estadual? De que forma?
- 25) Quais são os critérios de desligamento?
- 26) É feita alguma capacitação dos técnicos que atuam no programa?
- 27) Quantas famílias atualmente são atendidas no município? Como esse n° foi definido? Há perspectiva de ampliação? Este n° é considerado adequado?
- 28) Como o município está estruturado para ofertar os serviços de educação e saúde, especificamente aqueles que se referem as condicionalidades do PBF?
- 29) Existe algum tipo de acompanhamento das famílias no que se refere, especificamente, às contrapartidas exigidas pelo programa?
- 30) Quais são as dificuldades encontradas com relação à efetivação das contrapartidas previstas no programa?
- 31) O município realiza outras ações que visem ampliar e potencializar a rede de proteção social às famílias beneficiárias? Quais?

- 32) Existe alguma perspectiva de alteração do PBF no município? (com relação a proposta do governo federal) Quais são as vantagens e desvantagens para município aderir ao PBF?
- 33) Os Conselhos de política social participaram/participam do processo de implementação do PBF? (Principalmente das fases de cadastramento e seleção de beneficiários). Quais são os conselhos que participaram/ participam?
- 34) Existe algum tipo de avaliação ou monitoramento do PBF no município?
- 35) Existe alguma iniciativa no âmbito do município para ampliar a cooperação entre os níveis de governo?
- 36) Quais são os maiores entraves para o sucesso do programa?
- 37) Qual é o maior mérito do programa?
- 38) Qual é a maior deficiência?
- 39) Os meios de comunicação local apóiam ou rejeitam o programa?
- 40) Como vê a aceitação da população com relação ao programa?
- 41) Quais são as perspectivas de continuidade do programa no município?
- 42) Qual é a sua opinião sobre o PBF?
- 43) Para você de que depende o sucesso do programa?

**PESQUISA DO DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO – UFPE
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM GAMELEIRA – PE**

Roteiro de Entrevista

Secretaria de Saúde/ Secretaria de Educação

- 1) O que você pensa sobre os programas de combate à fome e à pobreza que vem sendo desenvolvidos pelo governo federal?
- 2) Na sua opinião, os programas de transferência de renda teriam o potencial de alterar a situação de pobreza das famílias? Por quê?
- 3) Além do PBF, o município possui outros programas de transferência de renda implementados? (Programas federais e/ou criados pelo próprio município) Quais?
- 4) Como foi a experiência de implementação desses programas no município?
- 5) Quando de sua implantação, o(s) programa(s) foi submetido à apreciação de algum Conselho ou fórum de controle social?
- 6) Existem avaliações e estudos sobre o impacto dos programas anteriores?
- 7) Quais foram as principais dificuldades e facilidades encontradas durante esse processo?
- 8) Foi feita alguma capacitação dos técnicos para realizarem o processo de cadastramento?
- 9) Como os demais níveis de governo participaram do processo de cadastramento?
- 10) Como foi implementado o cadastro único no município / relação com o Cadastro Nacional dos Usuários do Cartão Nacional de Saúde?
- 11) Quando foi implementado o PBF no município?
- 12) Como a opinião pública reagiu quando da implantação do programa?
- 13) Com a implantação do Programa Bolsa Família houve alguma alteração nos programas de transferência de renda anteriormente implantados? Quais?

- 14) Você considera que houve avanço na unificação dos programas de transferência de renda no Programa Bolsa Família? Por quê?
- 15) Que órgão está gerindo o PBF? Este órgão já fazia parte da estrutura organizacional da prefeitura municipal? Quais foram os critérios utilizados para definir o órgão gestor ?
- 16) Como se dá o financiamento do Programa? Como se dá a relação com outras esferas de governo no que diz respeito a esta questão?
- 17) Como se dá o diálogo entre as áreas de governo envolvidas em torno do programa? Como se dá o processo de tomada de decisão em relação à implementação do programa?
- 18) Quais são os critérios e como está sendo realizado o processo de captação, seleção e cadastramento do PBF? Há participação de outras instâncias de governo?
- 19) Quais são os critérios de desligamento?
- 20) É feita alguma capacitação dos técnicos que atuam no programa?
- 21) Quantas famílias atualmente são atendidas no município? Como esse n° foi definido? Há perspectiva de ampliação? Este n° é considerado adequado ?
- 22) Como o município está estruturado, na área de saúde/ educação, para atender as condicionalidades do PBF?
- 23) Existe algum tipo de acompanhamento das famílias no que se refere, especificamente, às contrapartidas exigidas pelo programa?
- 24) Quais são as dificuldades encontradas com relação à efetivação das contrapartidas previstas no programa?
- 25) O município realiza outras ações que visem ampliar e potencializar a rede de proteção social às famílias beneficiárias? Quais?
- 26) Existe alguma perspectiva de alteração do PBF no município? (com relação a proposta do governo federal) Quais são as vantagens e desvantagens para município aderir ao PBF?
- 27) Os Conselhos de política social participaram/participam do processo de implementação do PBF? (Principalmente das fases de cadastramento e seleção de beneficiários). Quais são os conselhos que participaram/ participam?
- 28) Existe algum tipo de avaliação ou monitoramento do PBF no município?

- 29) Existe alguma iniciativa no âmbito do município para ampliar a cooperação entre os níveis de governo?
- 30) Quais são os maiores entraves para o sucesso do programa?
- 31) Qual é o maior mérito do programa?
- 32) Qual é a maior deficiência?
- 33) Os meios de comunicação local apóiam ou rejeitam o programa?
- 34) Como vê a aceitação da população com relação ao programa?
- 35) Quais são as perspectivas de continuidade do programa no município?
- 36) Qual é a sua opinião sobre o PBF?
- 37) Para você de que depende o sucesso do programa?

**PESQUISA DO DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO – UFPE
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM GAMELEIRA – PE**

Roteiro de Entrevista

Representante do Conselho Municipal de Assistência Social

Identificação:

- 1) Quando foi criado o Conselho no município?
- 2) Por que foi criado? Qual a função deste conselho?
- 3) Qual é a natureza do conselho? (deliberativo, consultivo)
- 4) Como se estrutura o conselho? (Presidência/Câmara Técnica/Secretaria Executiva)?
- 5) Quem define as pautas?
- 6) Qual a periodicidade das reuniões?
- 7) Como é a relação do conselho com a prefeitura?
- 8) Quais foram as principais decisões do conselho até o presente momento?
- 9) Você acha que as decisões do conselho influenciam na trajetória da política municipal? De que forma?
- 10) Existem conflitos no interior do conselho? Quais? Envolvendo que atores?
- 11) Existe alguma iniciativa de capacitação dos conselheiros? De que tipo? Quem executa?
- 12) Existe alguma articulação entre este conselho e os demais conselhos existentes no município?
- 13) Você conhece os programas de transferência de renda atualmente implantados no município? Qual a sua opinião?
- 14) O conselho participou de alguma forma da discussão, implementação e/ou acompanhamento de algum desses programas?

- 15) Especificamente em relação ao Programa Bolsa Família, qual a participação do conselho no processo de implementação?
- 16) Como você vê esse processo inicial de implantação do programa no município? Vocês têm tido acesso a esse processo?
- 17) Há alguma posição contrária à implementação do PBF no município?
- 18) Em sua opinião, o PBF tem conseguido beneficiar as famílias mais pobres do município? Por quê?

ANEXO E:

*RESULTADOS SEGUNDO TEMPO
DE RECEBIMENTO DO
BENEFÍCIO DO BOLSA FAMÍLIA*

BOLSA FAMÍLIA

Tabela 1 – Características demográficas e econômicas das famílias, segundo a situação de domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família (PBF). Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Recebe > 6 meses	Recebe de 1 a 6 meses	Ainda não recebeu		Recebe > 6 meses	Recebe de 1 a 6 meses	Ainda não recebeu	
	n	n	n	%	n	n	n	%
Tempo que vive no local	(n=96)	(n=29)	(n=55)		(n=81)	(n=38)	(n=43)	
Menos de 1 ano	12	1	8	12,5	3	2	1	3,7
1 a 5 anos	22	13	15	22,9	16	12	4	19,8
Mais de 5 anos	62	15	32	64,6	62	24	38	76,5
Local de origem	(n=34)	(n=14)	(n=23)		(n=19)	(n=14)	(n=5)	
Gameleira (zona urbana)	22	8	13	64,7	2	2	1	10,5
Gameleira (zona rural)	4	4	4	11,8	7	3	0	36,8
Outro município (zona urbana)	3	1	4	8,8	2	6	1	10,5
Outro município (zona rural)	5	1	2	14,7	8	3	3	42,1
Renda per capita (salário)	(n=99)	(n=29)	(n=55)		(n=81)	(n=38)	(n=43)	
Até ¼ de salário mínimo	85	23	42	85,9	60	32	37	74,1
¼ a ½ salário mínimo	8	6	9	8,1	14	6	3	17,3
≥ ½ salário mínimo	6	0	4	6,1	7	0	3	8,6
Renda per capita (salário + benefícios sociais)	(n=99)	(n=29)	(n=55)		(n=81)	(n=38)	(n=43)	
Até ¼ de salário mínimo	66	17	33	66,7	43	22	29	53,1
¼ a ½ salário mínimo	22	8	12	22,2	29	15	11	35,8
≥ ½ salário mínimo	11	4	10	11,1	9	1	3	11,1
Renda per capita (renda total sem Bolsa Família)	(n=99)	(n=29)	(n=55)		(n=81)	(n=38)	(n=43)	
Até ¼ de salário mínimo	73	18	32	73,7	58	29	29	71,6
¼ a ½ salário mínimo	16	8	14	16,2	18	9	12	22,2
≥ ½ salário mínimo	10	3	9	10,1	5	0	2	6,2

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 2 – Características sociais e de nutrição do chefe da família, segundo a situação de domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=99 %	Recebe de 1 a 6 meses n=29 %	Recebe > 6 meses n=55 %	Recebe de 1 a 6 meses n=81 %	Recebe > 6 meses n=38 %	Recebe de 1 a 6 meses n=43 %
Sexo do chefe da casa						
Masculino	83	26	44	77	37	42
Feminino	16	3	11	4	1	1
	83,8	89,7	80,0	95,1	97,4	97,7
	16,2	10,3	20,0	4,9	2,6	2,3
Religião do chefe da casa						
Católica	63	24	31	41	21	23
Evangélica	19	3	12	25	7	11
Espirita	0	0	0	1	0	0
Outra	0	0	0	1	0	0
Não tem religião	17	2	12	13	10	9
	17,2	6,9	21,8	16,0	26,3	20,9
Alfabetização do chefe da casa						
Lê e escreve/ lê	54	17	29	39	20	20
Não	45	12	26	42	18	23
	54,5	58,6	52,7	48,1	52,6	46,5
	45,5	41,4	47,3	51,9	47,4	53,5
Escolaridade do chefe da casa						
Nunca frequentou a escola	24	3	10	13	7	14
≤ 4 anos de estudo	44	18	22	51	23	21
≥ 5 anos de estudo	28	7	18	4	5	3
	25,0	10,7	20,0	19,1	20,0	36,8
	45,8	64,3	44,0	75,0	65,7	55,3
	29,2	25,0	36,0	5,9	14,3	7,9
Ocupação do chefe da casa						
Não trabalha/ Desempregado	47	12	20	11	6	4
Aposentado/ Pensionista	13	6	13	6	4	7
Autônomo	9	2	3	17	5	6
Empregado	16	6	12	37	11	24
Trabalho esporádico/ Biscateiro/ Ambulante	14	3	7	10	12	2
	14,1	10,3	12,7	12,3	31,6	4,7
	47,5	41,4	36,4	13,6	15,8	9,3
	13,1	20,7	23,6	7,4	10,5	16,3
	9,1	6,9	5,5	21,0	13,2	14,0
	16,2	20,7	21,8	45,7	28,9	55,8
Estado Nutricional dos maiores de 18 anos (IMC)						
< 18,5	2	0	4	1	1	2
18,5 – 24,9	39	16	22	32	16	21
25,0 – 29,9	18	5	7	18	13	5
≥ 30,0	13	1	6	12	2	5
	2,8	0,0	10,3	1,6	3,1	6,1
	54,2	72,7	56,4	50,8	50,0	63,6
	25,0	22,7	17,9	28,6	40,6	15,2
	18,1	4,5	15,4	19,0	6,3	15,2

χ² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 3 – Condições Sanitárias das habitações, segundo a situação de domicílio e a inscrição no Programa Bolsa Família (PBF).
Gameleira - PE, 2005.

Condições Sanitárias	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=99 %	Recebe de 1 a 6 meses n=29 %	Ainda não recebeu n=55 %	Recebe > 6 meses n=81 %	Recebe de 1 a 6 meses n=38 %	Ainda não recebeu n=43 %
Regime de Ocupação						
Própria	62	20	41	33	15	9
Alugada	14	3	9	0	0	0
Cedida/ Invadida	23	6	5	48	23	34
Paredes						
Alvenaria/Tijolo	77	22	47	51	21	24
Taipal/ tijolo + taipal/ outros	22	7	8	30	17	19
Piso						
Cerâmica/ Lajota/ Cimento	82	25	44	67	26	31
Terra/ Outros	17	4	11	14	12	12
Abastecimento d'água						
Rede geral com canalização interna ou externa	71	22	33	10	2	6
Poço/ nascente/ chafariz/ cacimba	28	7	22	71	36	37
Água p/ beber						
Mineral/ Fervida/ Filtrada/ Clorada	37	13	20	19	8	8
Coadá/ Sem tratamento	62	16	35	62	30	35
Esgoto Sanitário						
Rede Geral/ Fossa com tampa	74	25	39	22	10	14
Fossa sem tampa/ Cursos d'água/ outros	25	4	16	59	28	29
Nº de cômodos na casa						
≤ 3	13	5	6	18	9	5
4	17	5	6	25	13	14
≥ 5	69	19	43	38	16	24
Nº de moradores/ casa						
Média (DP)	6,1 5,0	5,3 4,0	5,3 5,0	6,4 6,0	5,1 4,5	7,5 8,0
Mediana	(2,4)	(2,2)	(2,3)	(2,6)	(2,0)	(2,9)
Pessoas/ Dormitório						
≤ 2	35	11	28	17	18	12
3	43	14	23	41	15	25
≥ 4	21	4	4	23	5	6

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 4 – Posse de bens de consumo, segundo a situação de domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família (PBF).
Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=99 %	Recebe de 1 a 6 meses n=29 %	Ainda não recebeu n=55 %	Recebe > 6 meses n=81 %	Recebe de 1 a 6 meses n=38 %	Ainda não recebeu n=43 %
Energia Elétrica	99	100,0	55	76	37	88,4
Rádio	67	67,7	38	62	23	72,1
Televisão colorida	63	63,6	28	43	9	60,5 **
Televisão preto/branca	19	19,2	10	12	7	7,0
Antena parabólica	33	33,3	20	42	11	55,8 **
Telefone fixo	3	3,0	5	0	0	0,0
Telefone celular	25	25,3	15	9	2	7,0
Geladeira	54	54,5	34	48	13	62,8 *
Fogão a gás	83	83,8	40	48	20	53,5
Liquidificador	65	65,7	33	56	21	53,5
Ferro elétrico	55	55,6	29	23	14	39,5
Ventilador	52	52,5	29	40	13	39,5
Bicicleta	35	35,4	18	48	17	51,2
Motocicleta	4	4,0	1	2	1	2,3

χ^2 de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 5 – Assistência ao pré-natal (PN) e parto às mães de crianças menores de 5 anos, segundo a situação do domicílio e o tempo de recebimento no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=149 %	Recebe de 1 a 6 meses n=39 %	Ainda não recebeu n=80 %	Recebe > 6 meses n=124 %	Recebe de 1 a 6 meses n=64 %	Ainda não recebeu n=61 %
Realização do Pré-natal (PN)						
Sim	137 91,9	32 82,1	72 90,0	109 87,9	60 93,8	55 90,2
Não	9 6,0	7 17,9	8 10,0	12 9,7	4 6,3	6 9,8
Não sabe	3 2,0	0 0,0	0 0,0	3 2,4	0 0,0	0 0,0
Mês de início do PN						
Entre o 1° e o 3° mês	(n=125) 93 74,4	(n=31) 23 74,2	(n=69) 46 66,7	(n=104) 62 59,6	(n=59) 36 61,0	(n=54) 33 61,1
Entre o 4° e o 5° mês	30 24,0	8 25,8	18 26,1	37 35,6	18 30,5	18 33,3
Entre o 6° e o 9° mês	2 1,6	0 0,0	5 7,2	5 4,8	5 8,5	3 5,6
Vacina antifeiânica no PN						
Sim	(n=137) 124 90,5	(n=32) 32 100,0	(n=72) 63 87,5	(n=109) 97 89,0	(n=60) 49 81,7	(n=55) 50 90,9
Não	13 9,5	0 0,0	9 12,5	12 11,0	11 18,3	5 9,1
Orientação sobre alimentação no PN						
Sim	(n=133) 87 65,4	(n=31) 19 61,3	(n=64) 42 65,6	(n=102) 75 73,5	(n=57) 41 71,9	(n=53) 38 71,7
Não	46 34,6	12 38,7	22 34,4	27 26,5	16 28,1	15 28,3
Orientação sobre aleitamento no PN						
Sim	(n=132) 106 80,3	(n=31) 24 77,4	(n=65) 46 70,8	(n=104) 89 85,6	(n=57) 49 86,0	(n=53) 44 83,0
Não	26 19,7	7 22,6	19 29,2	15 14,4	8 14,0	9 17,0
Local de nascimento						
Maternidade/Hospital	(n=149) 147 98,7	(n=39) 38 97,4	(n=80) 78 97,5	(n=124) 116 93,5	(n=64) 60 93,8	(n=61) 57 93,4
Em casa	2 1,3	1 2,6	2 2,5	8 6,5	4 6,3	4 6,6
Tipo de parto						
Normal	(n=149) 126 84,6	(n=39) 33 84,6	(n=80) 64 80,0	(n=123) 116 94,3	(n=64) 57 89,1	(n=61) 56 91,8
Cesáreo	23 15,4	6 15,4	16 20,0	7 5,7	7 10,9	5 8,2
Assistência ao parto						
Médico	(n=148) 41 27,7	(n=39) 14 35,9	(n=80) 28 35,0	(n=124) 30 24,6	(n=64) 16 25,0	(n=61) 12 19,7
Enfermeiro(a)	34 23,0	11 28,2	19 23,8	34 27,9	17 26,6	21 34,4
Parteira	73 49,3	14 35,9	33 41,2	58 47,5	31 48,4	28 45,9
Peso ao nascer (g)						
< 3000	(n=143) 32 22,4	(n=34) 10 29,4	(n=75) 19 25,3	(n=110) 23 20,9	(n=60) 12 20,0	(n=55) 11 20,0
≥ 3000	111 77,6	24 70,6	56 74,7	87 79,1	48 80,0	44 80,0
Peso ao nascer	(n=149)	(n=39)	(n=80)	(n=124)	(n=64)	(n=61)

Registrado	129	86,6	30	76,9	69	86,3	50	82,0
Informado	15	10,1	7	17,9	9	11,3	7	11,5
Não pesado/ Ignorado	5	3,3	2	5,2	2	2,4	4	6,5

χ^2 de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 6 – Aleitamento materno e monitorização do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos, segundo a situação do domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL					
	Recebe > 6 meses n=148	%	Recebe de 1 a 6 meses n=39	%	Ainda não recebeu n=80	%	Recebe de 1 a 6 meses n=64	%	Ainda não recebeu n=60	%
Aleitamento materno										
Mama	25	16,8	7	17,9	14	17,5	22	17,7	5	7,8
Mamou	109	73,2	26	66,7	60	75,0	95	76,6	58	90,6
Nunca mamou	14	9,4	6	15,4	6	7,5	6	4,8	1	1,6
Duração do aleitamento materno (em dias)										
Nunca amamentou	14	9,4	6	15,4	6	7,5	6	4,8	1	1,6
1 a 59 dias	12	8,1	4	10,3	13	16,3	15	12,1	12	18,8
60 a 119 dias	30	20,1	13	33,3	17	21,3	19	15,3	16	25,0
120 a 179 dias	14	9,4	3	7,7	9	11,3	13	10,5	9	14,1
≥ 180 dias	79	53,0	13	33,3	35	43,8	71	57,3	26	40,6
Causas do desmame										
Leite insuficiente	37	33,9	9	36,0	18	30,0	18	19,1	13	23,2
Causas da criança (rejeitou/ doente)	40	36,7	6	24,0	24	40,0	34	36,2	18	32,1
Causas da mãe (não queria/ doente/ trabalhava/ estudava/ problemas no seio)	20	18,3	8	32,0	11	18,3	25	26,6	17	30,4
Outras	12	11,0	2	8,0	7	11,7	17	18,1	8	14,3
Causas de nunca ter mamado										
Leite insuficiente	3	21,4	2	33,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0
Criança rejeitou	1	7,1	2	33,3	1	16,7	2	33,3	1	100,0
Causas da mãe (não queria/ doente/ problemas no seio)	5	35,7	1	16,7	4	66,7	2	33,3	0	0,0
Outras	5	35,7	1	16,7	1	16,7	1	16,7	0	0,0
Cartão da criança										
Sim	146	98,0	37	94,6	76	95,0	117	94,4	64	100,0
Registro do peso no cartão (últimos 3 meses)	67	45,9	15	40,5	34	44,7	18	15,4	15	23,4
Registro do desenvolvimento no cartão	2	1,4	1	2,7	1	1,3	1	0,9	3	4,7
Vitamina A (>6 meses)	62	42,5	9	24,3	28	36,8	50	42,7	33	51,6

χ^2 de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 (e) mais de uma opção de resposta

Tabela 7 – Caracterização da diarreia, hospitalização e consultas realizadas nos menores de 5 anos, segundo a situação do domicílio e o tempo de recebimento no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Recebe > 6 meses n=149 %	Recebe de 1 a 6 meses n=39 %	Ainda não recebeu n=80 %		Recebe > 6 meses n=124 %	Recebe de 1 a 6 meses n=64 %	Ainda não recebeu n=61 %	
Diarreia nas 2 semanas que antecederam a pesquisa	50 33,6	10 25,6	22 27,5		22 17,7	24 37,5	15 24,6*	
Deu algo para tratar a diarreia	35 70,0	8 80,0	15 68,2		16 72,7	11 45,8	11 73,3	
O que deu para tratar a diarreia ^(c)	(n=35)	(n=8)	(n=15)		(n=16)	(n=11)	(n=11)	
Soro caseiro (Punhado/pitادا/ colher medida)	9 25,7	1 12,5	4 26,7		3 18,8	2 18,2	4 36,4	
Soro pacote (CEME/farmácia)	20 57,1	4 50,0	5 33,3		7 43,8	4 36,4	4 36,4	
Outro líquido	16 45,7	6 75,0	7 46,7		9 56,2	9 81,8	9 81,8	
Quem orientou o uso do soro	(n=28)	(n=5)	(n=9)		(n=10)	(n=5)	(n=6)	
Médico	17 60,7	2 40,0	4 44,4		3 30,0	4 80,0	1 16,7	
Agente de saúde	7 25,0	0 0,0	1 11,1		1 10,0	0 0,0	0 0,0	
Enfermeiro	0 0,0	1 20,0	1 11,1		3 30,0	1 20,0	1 16,7	
Outros	4 14,3	2 40,0	3 33,3		3 30,0	0 0,0	4 66,7	
Suspendeu a alimentação durante a diarreia	(n=50)	(n=10)	(n=22)		(n=22)	(n=24)	(n=15)	
Sim	8 16,0	2 20,0	6 27,3		11 50,0	6 25,0	4 26,7	
Não	42 84,0	8 80,0	16 72,7		11 50,0	18 75,0	11 73,3	
Hospitalização (últimos 12 meses)	(n=149)	(n=39)	(n=80)		(n=124)	(n=64)	(n=61)	
Sim	21 14,1	2 5,1	13 16,3		20 16,1	6 9,4	9 14,8	
Consultas (últimos 3 meses)	108 72,5	25 64,1	55 68,8		73 58,9	36 56,3	27 44,3	
Profissionais consultados	(n=108)	(n=25)	(n=55)		(n=73)	(n=36)	(n=27)	
Médico	104 96,3	25 100,0	53 96,4		59 80,8	28 77,8	22 81,5	
Enfermeiro (a) (nível superior)	4 3,7	0 0,0	2 3,6		14 19,2	8 22,2	5 18,5	
Farmacêutico (ou balconista)	0 0,0	0 0,0	0 0,0		0 0,0	0 0,0	0 0,0	
Serviço Utilizado	(n=101)	(n=25)	(n=49)		(n=59)	(n=28)	(n=22)	
Público	101 100,0	24 96,0	48 98,0		59 100,0	26 92,9	22 100,0	
Privado	0 0,0	1 4,0	1 2,0		0 0,0	2 7,1	0 0,0	
Acesso aos serviços de saúde	(n=149)	(n=39)	(n=80)		(n=124)	(n=64)	(n=61)	
A pé	145 97,3	38 97,4	80 100,0		68 54,8	27 42,2	34 55,7	
Carro/ Ônibus/ Moto	4 2,7	1 2,6	0 0,0		52 41,9	31 48,4	24 39,3	
Outros	0 0,0	0 0,0	0 0,0		4 3,2	6 9,4	3 4,9	
Visita regular dos ACS	137 91,9	35 89,7	77 96,3		84 67,7	41 64,1	45 73,8	

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

(c) mais de uma opção de resposta

Tabela 8 – Carências nutricionais em menores de cinco anos, segundo a situação do domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO				RURAL			
	Recebe > 6 meses	Recebe de 1 a 6 meses	Ainda não recebeu		Recebe > 6 meses	Recebe de 1 a 6 meses	Ainda não recebeu	
	n	n	n	%	n	n	n	%
Anemia (hemoglobina <11,0g/dL)	(n=132)	(n=36)	(n=67)	*	(n=113)	(n=59)	(n=56)	
Sim	66	17	21	31,3	47	22	29	51,8
Não	66	19	46	68,7	66	37	27	48,2
Hipovitaminose A (retinol sérico < 20mcg/dL)	(n=122)	(n=34)	(n=58)		(n=97)	(n=52)	(n=50)	
Sim	43	6	15	25,9	21	10	9	18,0
Não	79	28	43	74,1	76	42	41	82,0
Altura/ Idade	(n=142)	(n=38)	(n=75)		(n=121)	(n=64)	(n=60)	*
< -2 escore Z	22	6	8	10,7	24	3	5	8,3
-2 a < -1 escore Z	37	11	21	28,0	35	20	20	33,3
≥ -1 escore Z	83	21	46	61,3	62	41	35	58,3
Peso/ Idade	(n=142)	(n=38)	(n=75)		(n=121)	(n=64)	(n=60)	
< -2 escore Z	16	4	2	2,7	8	1	4	6,7
-2 a < -1 escore Z	45	10	20	26,7	33	19	13	21,7
≥ -1 escore Z	81	24	53	70,7	80	44	43	71,7
Peso/ Altura	(n=142)	(n=38)	(n=75)		(n=121)	(n=64)	(n=60)	
< -2 escore Z	4	3	0	0,0	1	0	3	5,0
-2 a < -1 escore Z	19	4	7	9,3	10	8	3	5,0
≥ -1 escore Z	119	31	68	90,7	110	56	54	90,0

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 9 – História reprodutiva das mulheres de 10 a 49 anos segundo a situação do domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=148	Recebe de 1 a 6 meses n=40	Ainda não recebeu n=73	Recebe > 6 meses n=116	Recebe de 1 a 6 meses n=45	Ainda não recebeu n=79
Gravidez Anterior	124	34	63	93	40	56
	83,8	85,0	86,3	80,2	88,9	70,9
Gravidez Atual	5	5	6	7	6	2
	3,4	12,5	8,2	6,0	13,3	2,5
Atendimento Pré-natal na gravidez atual	5	2	5	2	3	1
	100,0	40,0	83,3	28,6	50,0	50,0
Filhos nascidos vivos nos últimos 12 meses	31	4	17	16	12	12
	25,0	11,8	27,0	17,2	30,0	21,4
Uso de método anticoncepcional	(n=143)	(n=35)	(n=67)	(n=109)	(n=39)	(n=77)
Sim	92	25	39	62	25	40
	64,3	71,4	58,2	56,9	64,1	51,9
Método utilizado	(n=92)	(n=25)	(n=39)	(n=62)	(n=25)	(n=40)
Laqueadura/Ligadura	50	14	17	31	12	17
	54,3	56,0	43,3	50,0	48,0	42,5
Pílula	28	8	17	18	12	18
	30,4	32,0	43,6	29,0	48,0	45,0
Camisinha	13	1	5	4	0	2
	14,1	4,0	12,8	6,5	0,0	5,0
Tabela/ Outros	1	2	0	9	1	3
	1,1	8,0	0,0	14,5	4,0	7,5
Quem orientou o método	(n=92)	(n=25)	(n=39)	(n=62)	(n=25)	(n=40)
Conta própria	38	8	22	24	5	10
	41,3	32,0	56,4	38,7	20,0	25,0
Médico	28	8	8	16	11	17
	30,4	32,0	20,5	25,8	44,0	42,5
Parente, amigo, marido	11	2	3	9	3	3
	12,0	8,0	7,7	14,5	12,0	7,5
Enfermeiro (a)	5	2	5	5	1	5
	5,4	8,0	12,8	8,1	4,0	12,5
Outro profissional de saúde	5	3	1	4	4	0
	5,4	12,0	2,6	6,5	16,0	0,0
Outro	5	2	0	4	1	5
	5,4	8,0	0,0	6,5	4,0	12,5
Momento da realização da laqueadura	(n=50)	(n=14)	(n=17)	(n=31)	(n=12)	(n=17)
Cesariana do último filho	14	5	6	5	2	2
	28,0	35,7	35,3	16,1	16,7	11,8
Cirurgia específica	36	9	11	26	10	15
	72,0	64,3	64,7	83,9	83,3	88,2
Decisão da laqueadura	(n=50)	(n=14)	(n=17)	(n=31)	(n=12)	(n=17)
Conta própria	5	2	2	7	4	5
	10,0	14,3	11,8	22,6	33,3	29,4
Casal	33	8	12	21	7	10
	66,0	57,1	70,6	67,7	58,3	58,8
Terceiro (médico, pais, companheiro, outro)	12	4	3	3	1	2
	24,0	28,6	17,6	9,7	8,3	11,8

X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 10 – Condições de saúde e nutrição das mulheres, segundo a situação do domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=148 %	Recebe de 1 a 6 meses n=40 %	Ainda não recebeu n=72 %	Recebe > 6 meses n=115 %	Recebe de 1 a 6 meses n=44 %	Ainda não recebeu n=78 %
Prevenção do câncer de colo (não gestantes)	30 (n=20)	10 (n=4)	16 (n=15)	28 (n=23)	10 (n=6)	7 (n=20)
Prevenção do câncer de mama (>35 anos)	3 (n=131)	1 (n=39)	1 (n=60)	2 (n=102)	0 (n=44)	1 (n=74)
Sim	20,3	25,0	22,2	24,3	22,7	9,0*
Anemia (não gestantes)	46 (n=131)	15 (n=39)	21 (n=60)	30 (n=102)	16 (n=44)	20 (n=74)
hemoglobina < 12,0g/dL	85 (n=131)	24 (n=39)	39 (n=60)	72 (n=102)	28 (n=44)	54 (n=74)
hemoglobina ≥ 12,0g/dL	35,1	38,5	35,0	29,4	36,4	27,0
	64,9	61,5	65,0	70,6	63,6	73,0

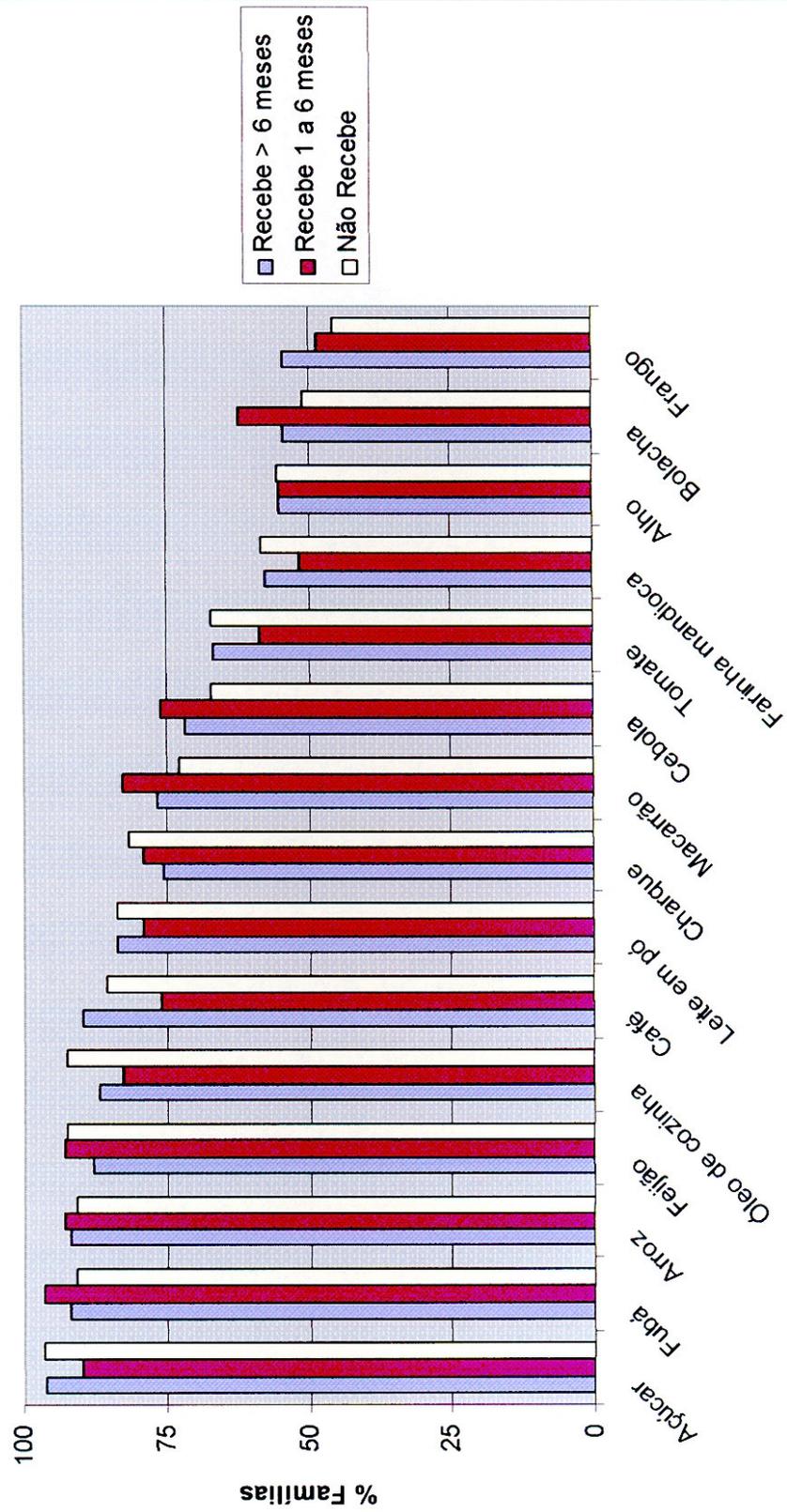
X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Tabela 11 – Situação escolar das crianças de 7 a 14 anos, segundo a situação do domicílio e o tempo de benefício no Programa Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

	URBANO			RURAL		
	Recebe > 6 meses n=99 %	Recebe de 1 a 6 meses n=29 %	Ainda não recebeu n=55 %	Recebe > 6 meses n=81 %	Recebe de 1 a 6 meses n=38 %	Ainda não recebeu n=43 %
Presença de crianças de 7 a 14 anos	61 (n=61)	10 (n=10)	29 (n=29)	52 (n=52)	10 (n=10)	32 (n=32)
Sim	61,6	34,5	52,7	64,2	26,3	74,4
Não	38,4	65,5	47,3	35,8	73,7	25,6
Trabalho Infantil	1 (n=61)	0 (n=10)	1 (n=29)	0 (n=52)	0 (n=10)	0 (n=32)
Sim	1,6	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0
Frequente a escola	59 (n=60)	9 (n=10)	28 (n=28)	52 (n=52)	9 (n=10)	32 (n=32)
Sim	98,3	90,0	100,0	100,0	90,0	100,0

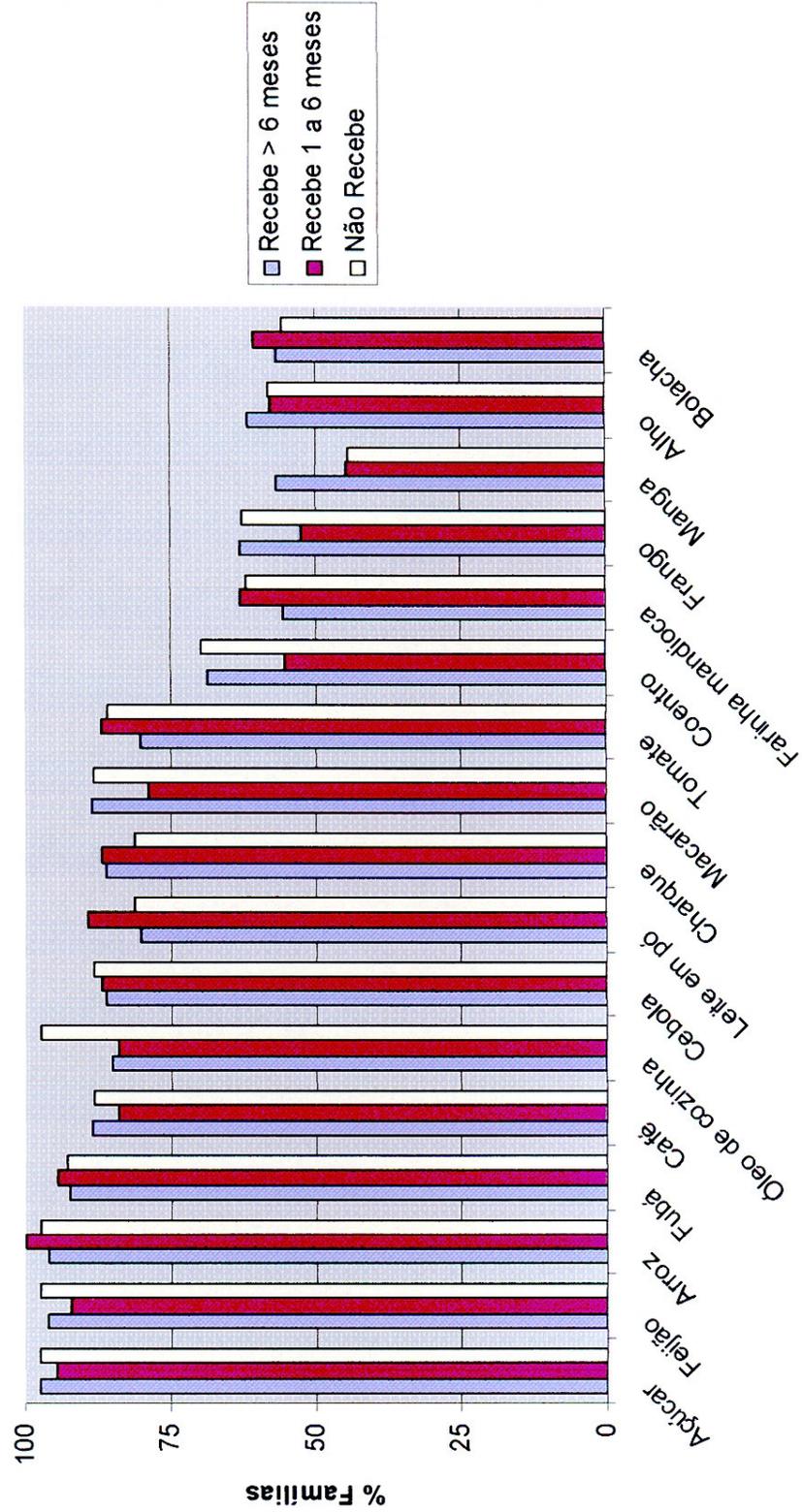
X² de Pearson * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Alimentos mais consumidos na zona urbana, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família.
 Gameleira - PE, 2005.



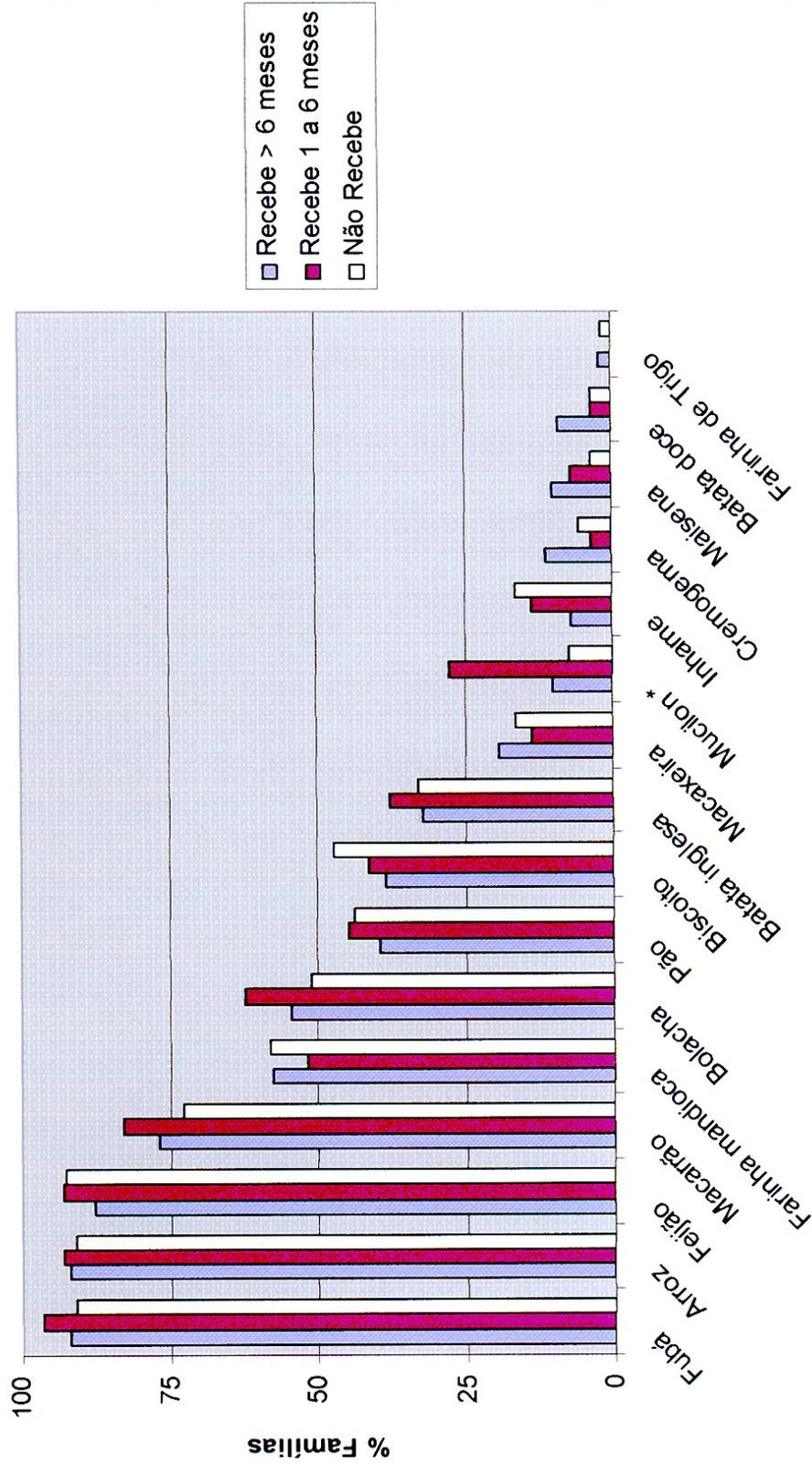
X² de Pearson

Alimentos mais consumidos na zona rural, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família.
Gameleira - PE, 2005.



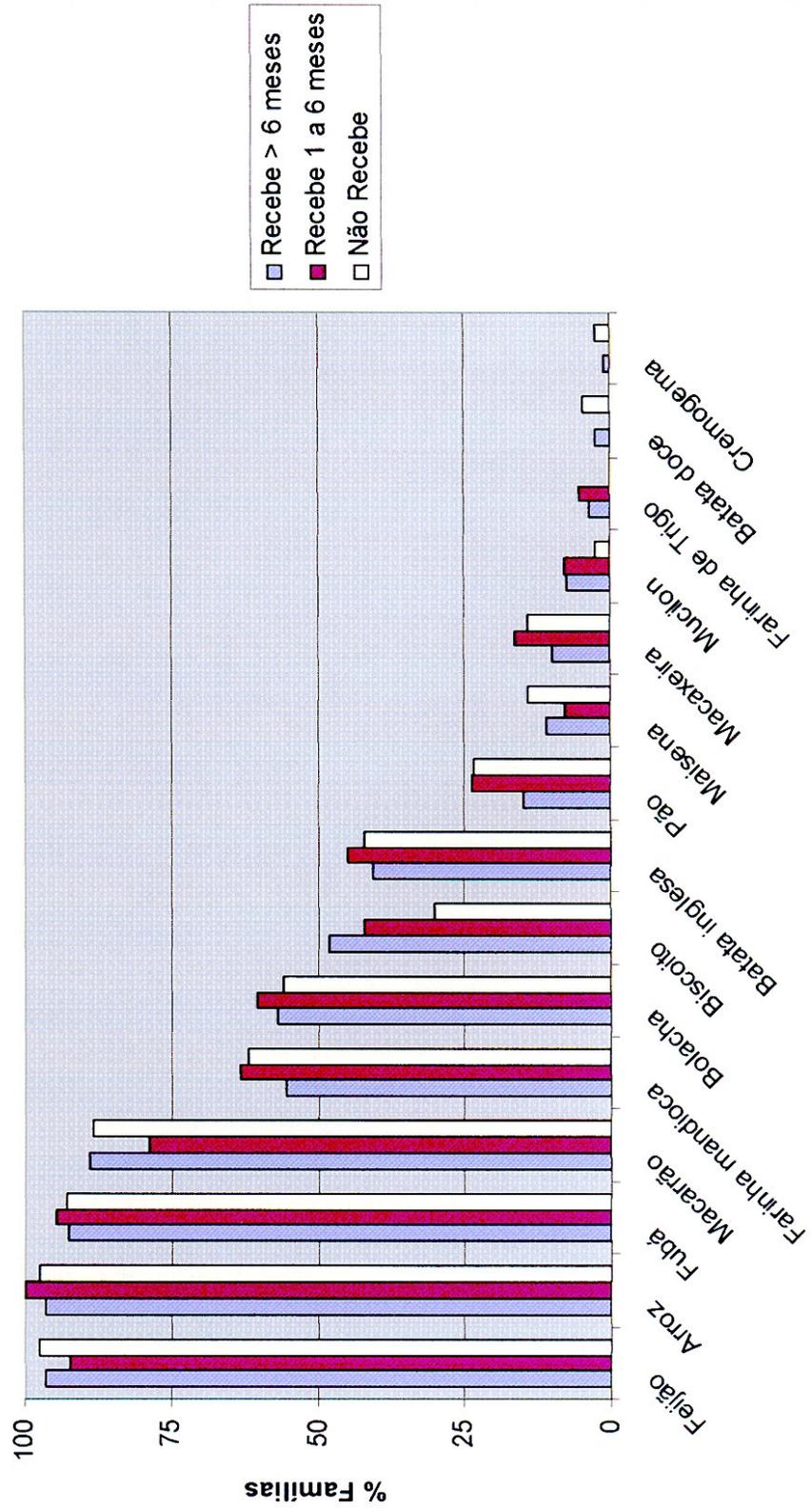
χ^2 de Pearson

Consumo de grãos, cereais e tubérculos na zona urbana, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família. Gameleira, 2005.



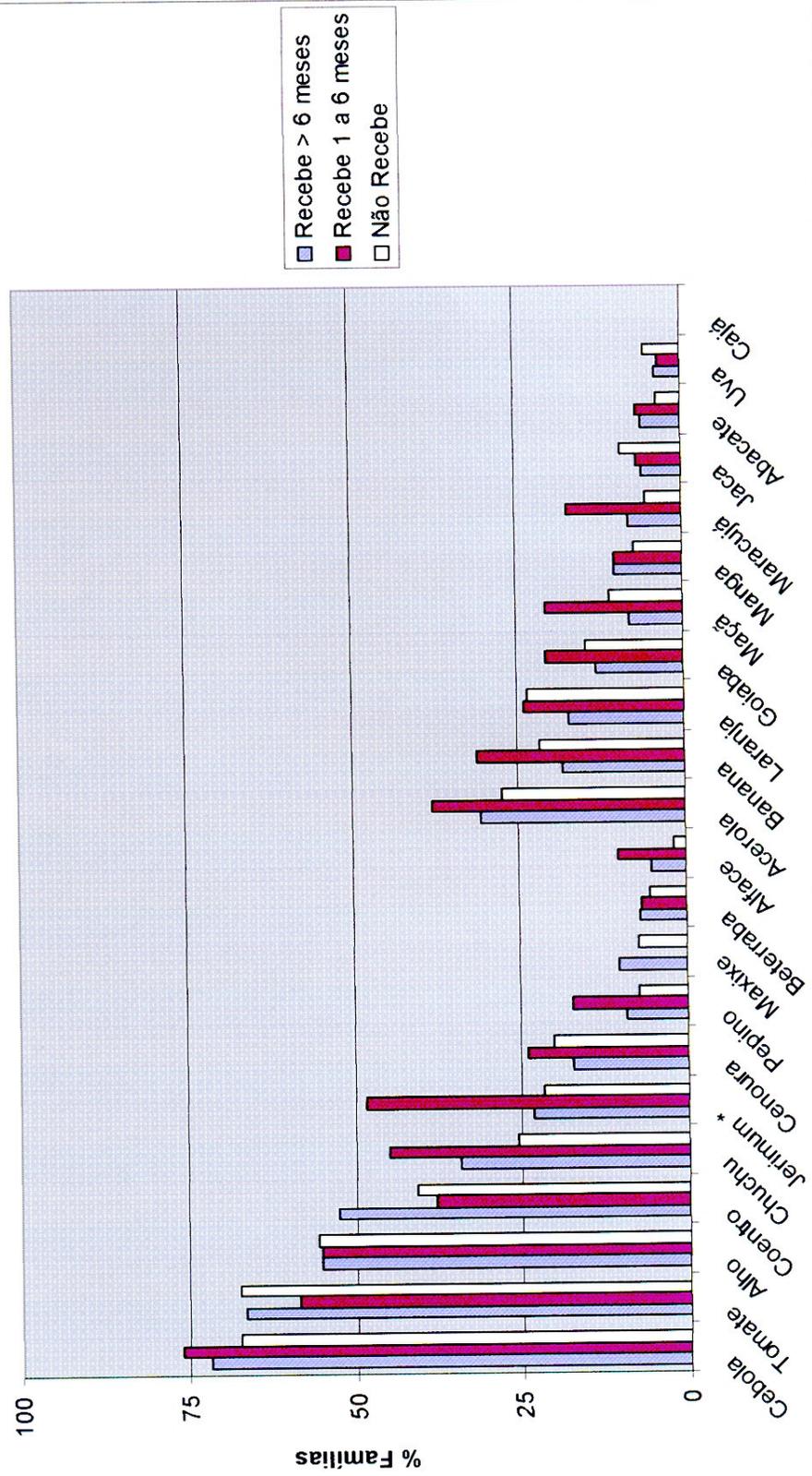
X² de Pearson * p<0,05

Consumo de grãos, cereais, raízes e tubérculos na zona rural, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

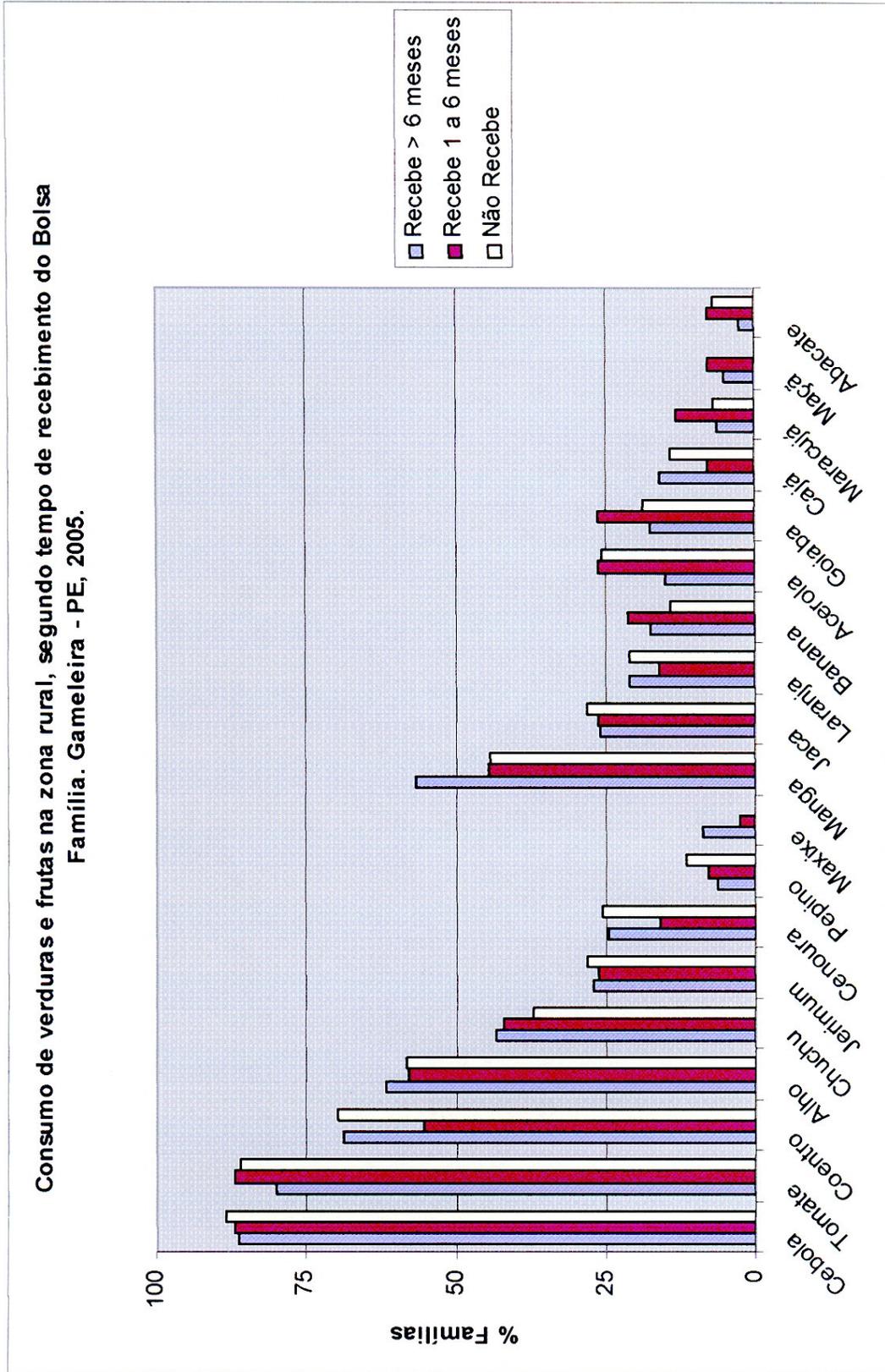


χ^2 de Pearson

Consumo de verduras e frutas na zona urbana, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família.
 Gameleira - PE, 2005.

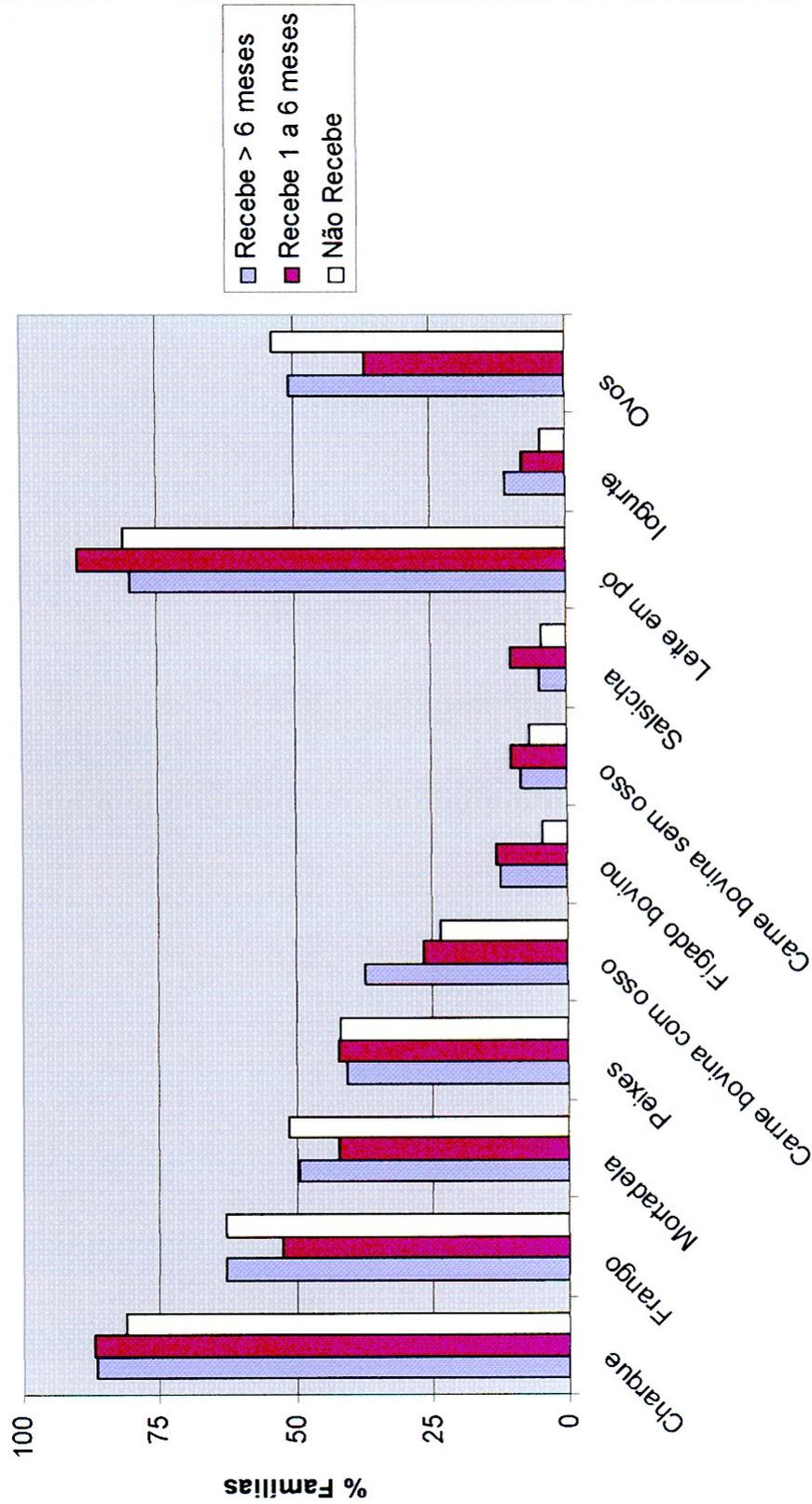


X² de Pearson * p<0,05



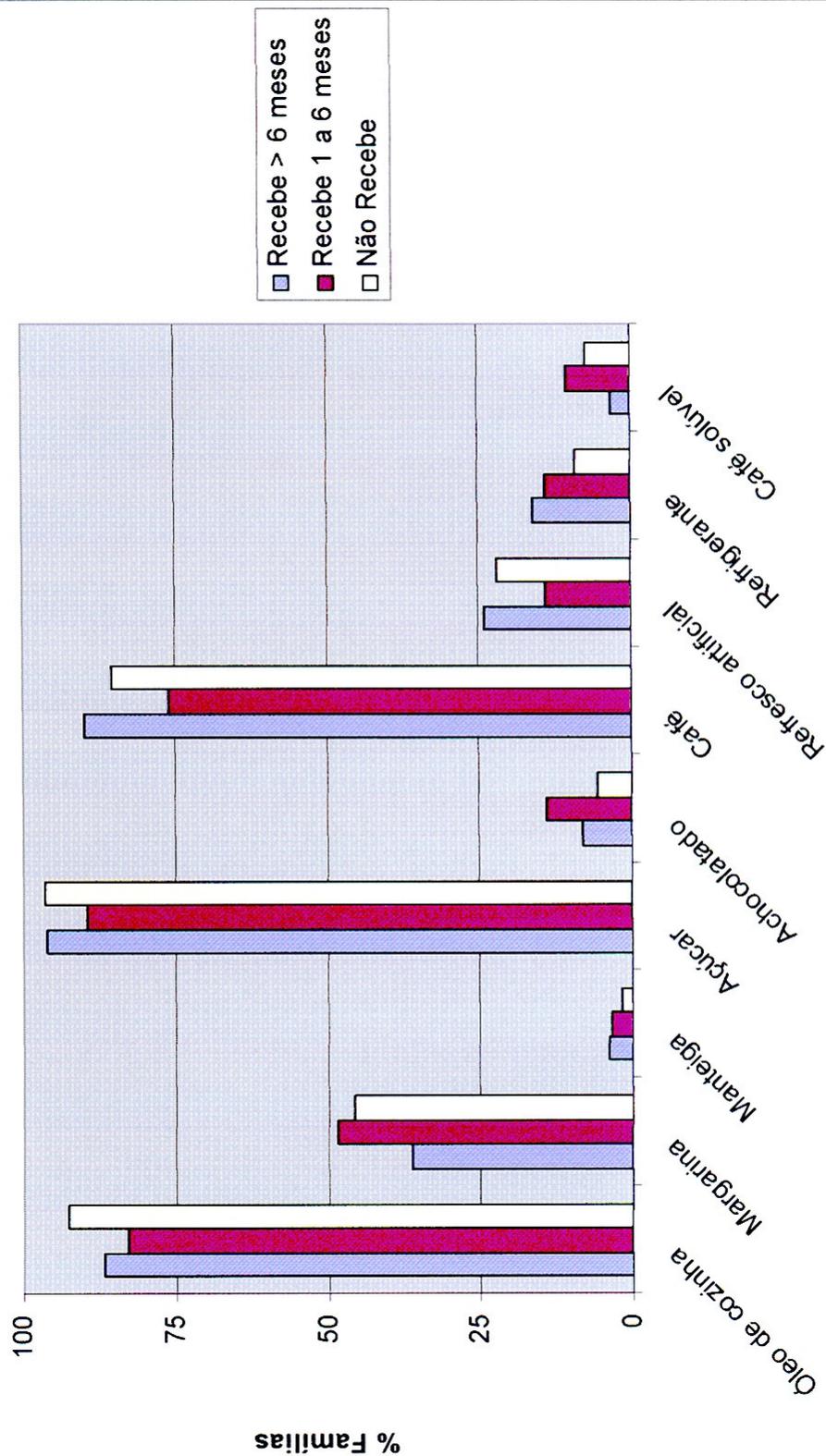
X² de Pearson

Consumo de carnes, laticínios e ovos na zona rural, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.

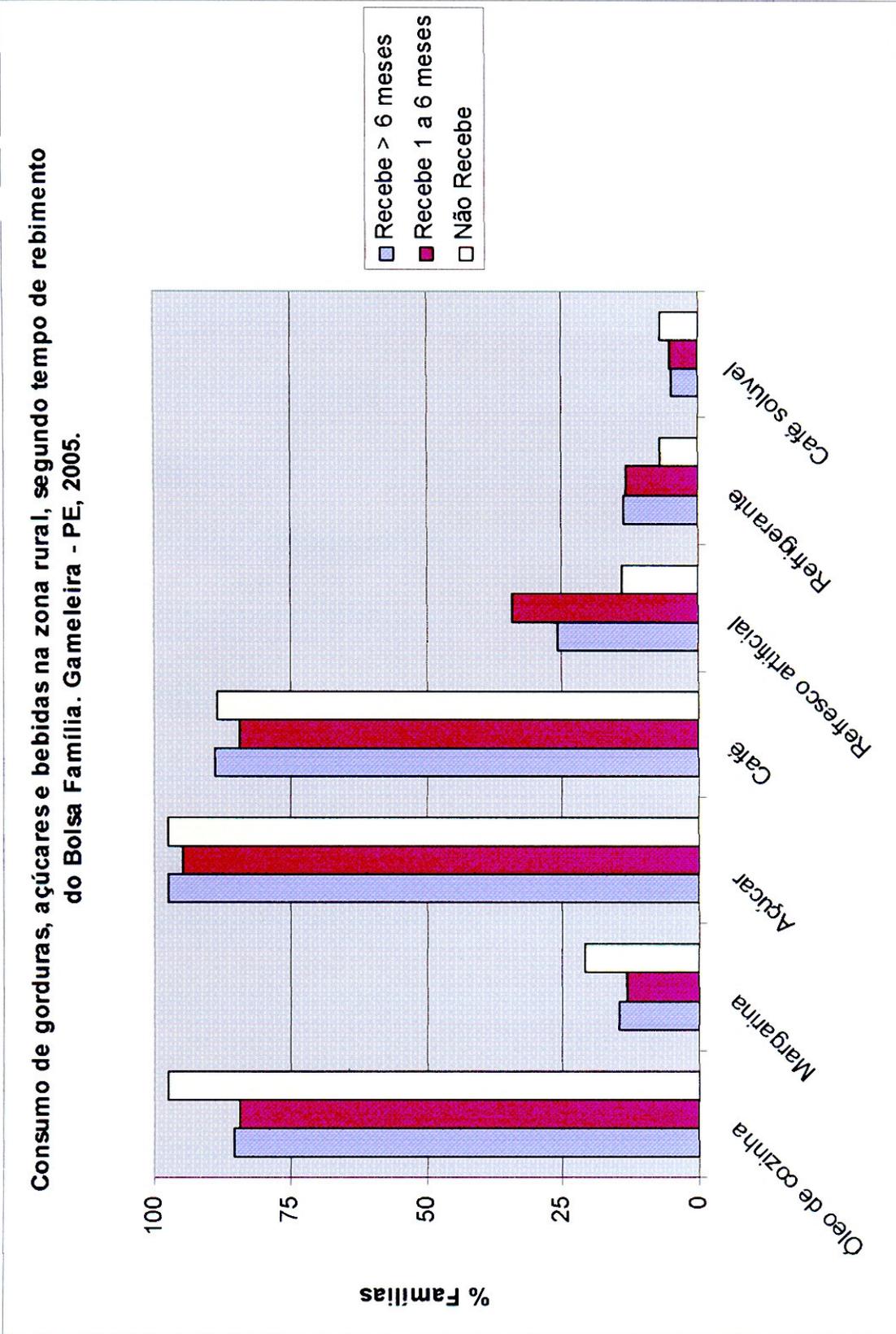


X² de Pearson * p<0,05

Consumo de gorduras, açúcares e bebidas na zona urbana, segundo tempo de recebimento do Bolsa Família. Gameleira - PE, 2005.



χ^2 de Pearson



X² de Pearson

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)