



Faculdade Santo Agostinho
REVISTA
SAÚDE
[em foco]

www4.fsnet.com.br/revista/

Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 9, p. 118-136, jan. / jul. 2014

O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: EVIDÊNCIAS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA.

THE BOLSA FAMÍLIA PROGRAM: EVIDENCE IN CHILD HEALTH PROMOTION.

Paulo de Tarso de Oliveira Chaves Júnior

Bacharel em Enfermagem/Faculdade Santo Agostinho

E-mail: god_paulo@hotmail.com

Teresina, Piauí, Brasil

Valter Ribeiro Soares Júnior*

Bacharel em Enfermagem/Faculdade Santo Agostinho

E-mail: valterjunioenf@live.com

Teresina, Piauí, Brasil

Dean Douglas Ferreira de Olivindo

Mestre em enfermagem/Universidade Federal do Piauí

Enfermeiro Fundação Municipal de Saúde.

E-MAIL: dean_olivindo@yahoo.com.br

Teresina, Piauí, Brasil

* Valter Ribeiro Soares Júnior
Av. Valter Alencar, 665, São Pedro

Editora-chefe: Dra. Regina da Silva Santos/Faculdade Santo Agostinho

Artigo recebido em 23/04/2014. Última versão recebida em 05/05/2014. Aprovado em 06/05/2014.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).



RESUMO

As políticas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente se operacionalizam por meio de serviços e programas de execução de medidas de proteção de direitos, como o Programa Bolsa Família (PBF). Baseado na garantia de renda, inclusão produtiva e no acesso aos serviços públicos, o PBF possui três eixos focados na transferência de renda, condicionalidades e ações e programas complementares. As condicionalidades incluem visitas periódicas do beneficiário até sete anos de idade ao posto de saúde para acompanhamento de saúde, evidenciando a relevância da pesquisa que teve como objetivo identificar a produção científica sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e analisar nas produções científicas, as evidências sobre a contribuição do Programa Bolsa Família (PBF) para a promoção da saúde das crianças. Adotou-se a pesquisa bibliográfica pelo método da Revisão Integrativa com dados coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), resultando em 11 artigos. Constatou-se que em contrapartida ao benefício econômico o Programa Bolsa Família exige a atualização do calendário vacinal e acompanhamento mensal do crescimento para os menores de 07 anos; que o acompanhamento do PBF nas unidades de saúde ocorre paralelamente à rotina de reavaliações da saúde das crianças permitindo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento destas. Portanto o acompanhamento realizado às crianças durante as consultas exigidas pelo Programa permite um maior monitoramento da saúde desses indivíduos e conseqüentemente benefícios diretos às suas condições gerais de saúde. Aponta-se a necessidade de alimentação sistemática do sistema para avaliação mais fidedigna dos benefícios do PBF na saúde das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Criança. Saúde da Criança. Programa Bolsa Família

ABSTRACT

The service policies on the rights of children and adolescents is operationalized through services and implementation of measures to protect their rights, such as the Bolsa Família Program (BFP) programs. Based on the guaranteed income, productive inclusion and access to public services, the PBF has focused on three axes cash transfer, conditionalities and actions and complementary programs. Conditionalities include periodic visits to the beneficiary until the age of seven to the clinic for follow-up health, highlighting the relevance of the research aimed to identify the scientific literature on the Bolsa Família Program (BFP) and analyze the scientific production, the evidence on the contribution of the Bolsa Família Program (BFP) for the promotion of children's health. Adopted the method of literature review Integrative with data collected in the Virtual Health Library (VHL), resulting in 11 articles. It was found that in contrast to the economic benefit of the Bolsa Família Program requires updating the immunization schedule and monthly growth monitoring for children under 07 years; that the monitoring of PBF in health units occurs in parallel with routine reassessments of children's health enabling monitoring of the growth and development of these. Therefore the monitoring carried out to children during the consultations required by the Program allows greater monitoring the health of these individuals and conseqüentemente direct benefits to your overall health. Pointed out the need for systematic supply system for more reliable evaluation of the benefits of PBF on children's health.

KEYWORDS: Child. Child Health. Bolsa Família Program.

1. INTRODUÇÃO

Nos termos do art. 2 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”. E segundo tal dispositivo de lei, tais indivíduos passam a ser sujeitos de direitos fundamentais e exigíveis, dispostos no art. 3º do ECA.

O direito à Vida e à Saúde é assegurado dos arts. 7 ao 14 do ECA, os quais garantem o direito à vida e à saúde da criança e do adolescente desde sua vida uterina, ou seja, na origem de crescimento e desenvolvimento. E além de seus direitos especiais devem ser assegurados com absoluta prioridade em qualquer situação o desenvolvimento pleno da personalidade do menor, oportunizando e facilitando o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, segundo o que preceitua o art. 3º do ECA, não se devendo no entanto “pensar no menor apenas como alguém que precisa ser alimentado para sobreviver, como um simples animal”, pois é essencial que se busque atentar para o seu desenvolvimento como um todo (ELIAS, 2005).

Cabe lembrar que com base no referido autor, o direito à vida constitui-se o mais importante de todos, “uma vez que perecendo ela, não se há de cogitar de outros direitos, pela falta de titularidade” (ELIAS, 2005, p. 9). Consoante com tal posicionamento de Veronese (2006), diz que o direito à vida é condição essencial para que a pessoa humana se realize plenamente, pois constitui-se a base da dignidade humana, do qual se originam os direitos fundamentais do homem e portanto, constitui-se pressuposto para todo o ser humano ter dignidade pessoal.

Nessa perspectiva, a preservação e consolidação do desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social das crianças, em condições igualitárias e com dignidade constituem-se preocupação maior (VERONESE, 2006). Assim, a defesa dos direitos da criança e do adolescente deve ser uma prioridade para a família, a sociedade e o poder público, a fim de que sejam cumpridos esses direitos, protegendo-os contra qualquer espécie de exploração.

O ECA estabeleceu a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente de acordo com o art. 86 do referido diploma legal: “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios”. A política de atendimento consiste em linhas de ação, que são “âmbitos operativos juridicamente reconhecidos como espaços do agir humano, necessários à consecução dos fins sociais a que o

estatuto se destina” (CURY, 2003, p. 278). Deste modo, forma-se uma rede de atendimento através da implantação das políticas sociais básicas; políticas e programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento médico.

No Brasil, com o advento de programas de transferência de renda e de melhores condições de moradia, com o aumento da escolaridade dos pais, do saneamento básico e da prevalência do tempo total de aleitamento materno e com o sucesso das campanhas de vacinação, houve redução dos agravos nutricionais na infância, em especial a desnutrição, porém se verificou aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sem redução da porém se verificou aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sem redução da prevalência de carências de micronutrientes, como deficiência de ferro (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), sob orientação do IBOPE, e financiada pelo Ministério da Saúde, tendo envolvido 15.000 mulheres em idade fértil e 5.000 crianças de até 5 anos mostra que houve redução, entre 1996 e 2006, de mais de 50% na prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos. O déficit de peso por altura e de altura por idade de crianças dessa faixa etária foi de 2% e 7% respectivamente. A PNDS de 2006 revelou ainda a existência de excesso de peso em 6,6% das crianças.

Na Região Norte, em 2007, foi realizada a “Chamada Nutricional”, envolvendo sete Estados (Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins). A prevalência de déficit de estatura observada foi de 14%, variando de 6% a 31% entre os Estados avaliados. Entre os adolescentes de 10 a 19 anos, de acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003, detectou-se aumento considerável da proporção do excesso de peso: em 1974-1975, estavam acima do peso 3,9% dos garotos e 7,5% das garotas; já em 2002-2003, os percentuais encontrados foram de 18,0% e 15,4%, respectivamente.

Assim, vale salientar que o panorama nutricional da população infantil brasileira aponta um controle do incremento da prevalência de desnutrição e uma ascensão da prevalência de excesso de peso. Essa situação, aliada à alta frequência de doenças crônicas na vida adulta (cerca de 30%), indica a importância da implementação de medidas preventivas, como o monitoramento sequencial e contínuo do estado nutricional do lactente ao adolescente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Sob essa perspectiva, o Programa Bolsa Família apresenta-se como o maior e mais ambicioso programa de transferência de renda da história do Brasil, visando o enfrentamento

de um dos maiores desafios da sociedade brasileira, que é o de combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias em situação de maior pobreza no país (BRASIL, 2004). O Programa Bolsa Família é destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 140 reais mensais, que associa a transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos - saúde, alimentação, educação e assistência social. Desse modo, ao passo em que o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas, impõe dentre as diversas condicionalidades para o recebimento do benefício, que as crianças sejam acompanhadas pelo serviço básico de saúde mais próximo de sua residência de forma contínua (BRASIL, 2004).

Considera-se assim, que as políticas básicas sociais devem ter por finalidade resguardar os direitos fundamentais, previstos no art. 227 da CF, e os preceitos basilares da assistência social, previstos no art. 203 da CF. Sendo assim, constitui-se dever do Poder Público propiciar saúde à população, em especial à criança e ao adolescente, cabendo também a “proteção na forma de investimento em saneamento básico, programas de prevenção a doenças, etc.” (D’ANDREA, 2005, p. 28).

Nesse contexto, a avaliação do estado nutricional tem se tornado aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Sua importância é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição, seja obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A identificação do risco nutricional e a garantia do monitoramento contínuo do crescimento fazem da avaliação nutricional um instrumento essencial para que os profissionais da área conheçam as condições de saúde dos pacientes pediátricos.

Ao monitorá-los, é possível obter o conhecimento de seu padrão de crescimento, instrumento importante na prevenção e no diagnóstico de distúrbios nutricionais. Cabe ressaltar que algumas deficiências nutricionais específicas podem ocorrer sem comprometimento antropométrico imediato, e sua detecção depende da realização de cuidadosa anamnese nutricional. A fome oculta, deficiência isolada ou combinada de micronutrientes, pode ser identificada e confirmada utilizando-se métodos dietéticos, clínicos e bioquímicos, que também fazem parte da avaliação do estado nutricional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

No que se diz respeito à evolução das condições de saúde, considera-se essencial a avaliação sobre a situação nutricional das crianças de um país, não apenas da população infantil, mas da população como um todo, visto o seu caráter multicausal, visando relacionar o grau de atendimento das necessidades básicas, mas também da alimentação, saneamento, acesso integral e universalizado à saúde, nível de renda familiar e educação, dentre outros fatores (THUMA; COSTA; SCHIMITZ, 2005).

De acordo com os autores supracitados, nos últimos 25 anos, todas as mudanças que ocorreram na forma de viver, das famílias e nos hábitos alimentares da população infantil, acabam por ser atribuídas a diversos aspectos socioeconômicos. Atualmente, podemos considerar como real e visível a queda da desnutrição e aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças. E a partir disso, podemos considerar como fatores predominantes e determinantes desse processo, o *marketing* realizado pelos meios de comunicação massiva, sobretudo pela televisão, tendo em vista que estes são importantes fatores na determinação do perfil nutricional atual da população brasileira (THUMA, COSTA e SCHIMITZ, 2005).

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, instituída pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, ressalta a importância do monitoramento da situação alimentar e nutricional de toda a população brasileira. Atualmente, o modelo de vigilância epidemiológica da área de alimentação e nutrição adotado pelo Ministério da Saúde está centrado no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Esse é um sistema composto por uma série de indicadores de consumo, antropométricos e bioquímicos, com o objetivo de avaliar e monitorar o estado nutricional e alimentar da população brasileira em diversas fases da vida. Valiosa ferramenta na promoção da saúde torna-se referência a ser adotado pelos profissionais gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a que se tenha melhorias na qualidade da assistência prestada à população. Nesse intuito, destaca-se a valorização da avaliação do estado nutricional enquanto essencial para o aperfeiçoamento e promoção da assistência à saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

Silva *et al.* (2012), fizeram um estudo onde relacionaram o estado nutricional da população infantil com o acesso à creche, para tanto, utilizaram dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1990. Tal estudo proporcionou o acesso à visão de que crianças com estado nutricional ruim não frequentavam a creche, o que evidencia que o acesso à mesma e o acompanhamento das crianças, especialmente as que apresentam distúrbios nutricionais, devem ser assegurados.

O uso de índices antropométricos tem sido considerado uma estratégia válida para gerar indicadores sensíveis do estado nutricional e, inclusive, das condições devidas dos grupos populacionais estudados (THUMA, COSTA e SCHIMITZ, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a antropometria é um importante método diagnóstico, utilizado tanto em estudos populacionais quanto na prática clínica, fornecendo estimativa da prevalência e gravidade das alterações nutricionais. E destaca, que a avaliação antropométrica, mesmo quando restrita ao peso e estatura assumem grande importância no diagnóstico nutricional da criança. Isto se deve à sua facilidade de realização, objetividade da medida e possibilidade de comparação com padrão de referência de manuseio relativamente simples, principalmente em estudos populacionais (WHO, 1986). Considerando-se que essas ações são indispensáveis à manutenção da vida em padrões mínimos de sobrevivência, sendo o Poder Público, responsável pela execução dos mecanismos previstos no artigo 7º do ECA, devendo, para isso, criar crédito em seu orçamento para alcançar estes objetivos.

Portanto, o tema a ser abordado é de grande relevância para a sociedade, tendo em vista a intencionalidade deste estudo em contribuir com informações que incidam positivamente em ações que assegurem os direitos ao desenvolvimento saudável das crianças.

2. MATERIAL E METODO

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, para a identificação de artigos sobre o tema: O Programa Bolsa Família: evidências na promoção da saúde da criança.

Adotou-se a revisão integrativa por possibilitar a sintetização de informações de pesquisas anteriores e do assunto investigado. O estudo caracteriza – se por reunir e sistematizar ordenadamente resultados de pesquisas sobre a temática em questão, visando contribuir para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Tal forma de estudo propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados a partir da adoção de seis etapas: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; interpretação dos resultados; e reportar de forma clara a evidência encontrada.

A identificação e seleção dos estudos ocorreram no mês de setembro a outubro de 2013, Para tanto, utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): *Medical Literature and Retrival System onLine* (MEDLINE) e *Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde* (LILACS).

Visando estabelecer uma coleta sistematicamente comprovável, realizou-se a busca dos artigos a partir dos passos: “Home > Pesquisa > Criança AND Saúde da Criança AND Programa Bolsa Família que resultou em 29 publicações. Realizou-se uma nova busca utilizando como filtros: Texto completo, Disponível, Coleções: Bases de dados nacionais, Assunto principal: Criança, Saúde da Criança, Políticas de Assistência, Programa Bolsa Família; Limite: Humanos, Feminino, Masculino, Pré-Escolar, Criança, Lactente, Recém-Nascido; Região como assunto: Brasil; Idioma: Inglês, Português; Ano de publicação: 2004 – 2013; Tipo de documento: Artigo; resultando em 11 artigos potenciais.

Nessa perspectiva, os artigos foram lidos na íntegra buscando-se coletar dados referentes aos objetivos do trabalho, e selecionados a partir da exclusão dos artigos incompletos, indisponíveis gratuitamente, sem conteúdos de interesse e dos que não contemplavam o período do estudo; totalizando 11 artigos selecionados para a análise.

Para Gil (2007) a análise pode acontecer conjuntamente com a interpretação dos dados, estabelecendo a ligação entre os resultados obtidos com teorias ou estudos anteriores, a interpretação e análise dos dados ocorreram baseadas no referencial teórico relacionado à temática, selecionados após a leitura analítica dos textos completos e mediante os critérios de inclusão.

A organização dos dados foi realizada a partir da identificação da localização do artigo, ano e periódico de publicação, autoria, objetivo, resultados principais, utilizando um instrumento elaborado especificamente para este estudo com base nas questões da pesquisa. Após esta etapa ocorreu a análise dos artigos, cujos resultados foram sintetizados por similaridade de conteúdo, emergindo as categorias: o Programa Bolsa Família (PBF) e suas condicionalidades; Contribuição do Programa Bolsa Família (PBF) para a promoção da saúde das crianças.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos a distribuição das produções científicas identificadas no período de 2004 a 2013, relacionadas ao Programa Bolsa Família: evidências na promoção da saúde da

criança. Com o material dos artigos selecionados e a delimitação do foco principal, realizou-se uma nova leitura, para analisar e permitir a demarcação das abordagens utilizadas em cada trabalho. A partir desta análise foram estabelecidas algumas variáveis relevantes para apreciação das produções científicas sobre a temática pesquisada (Anexo A – Quadro 1).

Os resultados da busca demonstraram que o ano de maior concentração das publicações foi o ano de 2012, com 05 artigos (46%), seguido de 2011 com 03 artigos (27%) e por 2005, 2009 e 2011 com 01 artigo cada (9%).

Pode-se observar uma prevalência no tipo de estudo qualitativo com 09 (81,90%) artigos seguido pela minoria de trabalhos quantitativos com 02 publicações (18,20%).

Em relação às regiões geográficas em que ocorreram as publicações, constatou-se que a maior parte das publicações que abordavam a temática ocorreu na região Nordeste com aproximadamente 46%; seguida das regiões Sul e Sudeste com 18% cada; e Norte e Centro-Oeste com 9% cada.

Percebeu-se que a grande maioria dos artigos publicados é de uma forma geral da área da saúde, com 10 (90,9%) dos artigos utilizados, e apenas 01 (9,10%) é de periódico específico da Enfermagem. A partir da classificação dos artigos selecionados para o estudo, distribuíram-se os mesmos em grupos diferenciados de acordo com Período de Publicação, Natureza do Estudo, Região Geográfica e o Periódico. Utilizaram-se cálculos percentuais para a distribuição (Tabela 1).

Tabela 01: Distribuição Percentual (%) das produções científicas segundo o Período de Publicação, Natureza do Estudo, Região Geográfica e Periódico (n=11). Teresina-PI, 2013.

Variáveis	n°	%
Período de Publicação		
2005 a 2009	02	18,20
2010 a 2013	09	81,90
Natureza do Estudo		
Qualitativo	09	81,90
Quantitativo	02	18,20
Região Geográfica		
Norte	01	09,10
Nordeste	05	45,50
Centro-Oeste	01	09,10
Sul	02	18,20
Sudeste	02	18,20
Periódico		
Cadernos de Saúde Pública	01	09,10
Ciência e Saúde Coletiva	02	18,20
Revista Latino Amer. Enfermagem	01	09,10
Revista Paulista de Pediatria	02	18,20
Outros	05	45,50

Fonte: Banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Identificou-se no artigo VII, que na investigação dos possíveis benefícios de um programa de transferência de renda é recomendável que se realize uma avaliação do seu impacto sobre os hábitos alimentares e sobre o estado nutricional das crianças pertencentes às famílias beneficiárias (SALDIVA; SILVA e SALDIVA, 2012).

Consoante com essa assertiva, a análise qualitativa dos artigos que tem por objetivo analisar nas produções científicas, as evidências sobre a contribuição do Programa Bolsa Família (PBF) para a promoção da saúde das crianças, teve seus resultados sintetizados por similaridade de conteúdo, do qual emergiram as seguintes categorias: o Programa Bolsa Família (PBF) e suas condicionalidades; o Programa Bolsa Família (PBF) e o impacto sobre os hábitos alimentares, o estado nutricional e o quadro vacinal das crianças beneficiárias em conformidade com os objetivos do estudo.

Quadro 1. Distribuição das produções científicas segundo o Título do Artigo, Periódico, Ano de Publicação, Tipo de Estudo, Principais Autores e Objetivo (n=11). Teresina-PI, 2013.

	Título do artigo	Periódico	Ano	Tipo	Autor(s)	Objetivo
I	Repercussão da desmatação infantil na família	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2005	Revisão	Frota e Barroso	Compreender como a família convive com a problemática da desmatação infantil
II	As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maripé no município de Vitória	Ciência. Saúde Coletiva	2009	Original	Oliveira et al.	Avaliar as ações que abordavam os seguintes temas: planejamento familiar, aleitamento materno, famílias cadastradas no Programa Bolsa Família e crianças em risco nutricional
III	Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos Bolsa Família	Ciência. Saúde Coletiva	2011	Revisão	Oliveira et al.	Analisar as diferenças na situação nutricional de crianças cadastradas no PBF de um município da Zona da Mata Mineira
IV	Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, Brasil	Rev. Paul. Pediatr.	2011	Original	Silva	Estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) durante os anos de 2008 a 2010, de acordo com o sexo e com as regiões de saúde do estado de Sergipe.
V	Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil	Rev. Panam. Salud Pública	2011	Original	Ferreira et al.	Descrever as condições de nutrição e saúde das crianças de 6 a 59 meses de 39 comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas.
VI	Políticas de transferência de renda e os impactos sobre a imunização de crianças: o Programa Bolsa Família	Cad. Saúde Pública	2012	Revisão	Andrade et al.	Investigar o impacto do Programa Bolsa Família sobre a imunização de crianças de 0 a 6 anos de idade no Brasil e suas regiões.
VII	Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semi-árido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família	Rev. Nutr.	2012	Original	Saldiva, Silva e Saldiva	Avaliar as condições de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos, e associar a qualidade do consumo alimentar aos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do semi-árido brasileiro
VIII	Estado nutricional e caracterização socioeconômica de crianças integrantes do programa bolsa família	Pediatrica Moderna	2012	Revisão	Caldas, Oliveira e Santos	Avaliar o estado nutricional e as condições socioeconômicas de crianças integrantes do Programa Bolsa Família (PBF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS).
IX	Prevalência e associação dos fatores da anemia em crianças	Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.	2012	Revisão	Souza et al.	Analisar a prevalência e os fatores associados à anemia em crianças em Rio Branco - Acre.
X	Reorganização da Atenção à Saúde da Criança em Colombo - Paraná, Brasil	Revista Brasileira de Saúde Pública	2012	Original	Silva et al.	Descrever o processo de reorganização das ações de atenção à saúde da criança no município de Colombo, Paraná.
XI	As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção	Rev. Paul. Pediatr.	2013	Revisão	Fonseca et al.	Revisar e discutir as vulnerabilidades na infância e na adolescência, bem como as políticas públicas brasileiras de intervenção.

Fonte: Banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

4.1 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E SUAS CONDICIONALIDADES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Na análise dos estudos III, VI, X XI, evidenciou-se que o Programa Bolsa Família (PBF) foi criado no ano de 2003 objetivando promover uma diminuição ou alívio imediato da situação de pobreza por meio de transferências diretas de renda (OLIVEIRA *et al.* 2011; ANDRADE *et al.*, 2012, SILVA *et al.*, 2012).

O estudo XI evidenciou o vínculo do PBF ao Governo Federal, chamando atenção para o fato de que no Brasil, o programa é considerado extremamente relevante no que se refere às políticas sociais, tendo em vista que sua finalidade maior consiste em beneficiar a população mais vulnerável, transformar a sociedade e contribuir para a conquista da cidadania (FONSECA *et al.*, 2013).

Reforça, porém, que um programa social só pode ser considerado capaz de reduzir a pobreza e a desigualdade se, primeiramente alcançar a população que vive nessas condições e que desse modo, quanto maior a proporção dos recursos do programa reservados à população vulnerável, maior será a focalização e, por conseguinte, maior o seu impacto (FONSECA *et al.*, 2013).

Os artigos III e VI destacam que nessa perspectiva e com vistas a quebrar o ciclo da pobreza, o PBF impôs condicionalidades que reforçam o exercício dos direitos sociais nas áreas de saúde e educação, permitindo a perspectiva de combate da pobreza futura ao investir no desenvolvimento do capital humano (OLIVEIRA *et al.* 2011; ANDRADE *et al.*, 2012).

O PBF também tem seus objetivos evidenciados no estudo VIII quando destaca a promoção da segurança alimentar e nutricional (SAN) para os beneficiários a partir de um acréscimo na renda, na alimentação familiar ou através de ações de atenção básica em saúde.

Essas ações são integrantes de um pacote de exigências a serem cumpridas pela família: assistência pré-natal; esquema de imunização; monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil; além de participação em atividades educativas em saúde (CALDAS; OLIVEIRA e SANTOS, 2012).

Desse modo, tais exigências são apresentadas por esses autores enquanto promotoras da intenção de se elevar a concretização de direitos sociais por meio da oferta e da demanda por serviços de saúde, educação e assistência social, como forma de romper o ciclo da reprodução contínua da pobreza (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O estudo XI destaca ser conhecido seu impacto na redução da pobreza, na diminuição da desigualdade de renda, na maior frequência escolar e na garantia de que as crianças beneficiárias não se submetam ao trabalho infantil (FONSECA *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao âmbito da saúde infantil, o estudo III e o V chamam atenção para o fato de que em contrapartida ao benefício econômico, o PBF exige o cumprimento de algumas condicionalidades a serem cumpridas em saúde pelas famílias beneficiadas e dentre estas: atualização do calendário vacinal e acompanhamento mensal do crescimento para as menores de 07 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2011; FERREIRA *et al.*, 2011).

No estudo III as condicionalidades são apresentadas como pontos positivos do PBF, tendo em vista a existência de influência dos fatores socioeconômicos dos pais - principalmente da escolaridade, sobre a saúde de seus filhos, para a manutenção de um ciclo de pobreza por gerações (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Evidenciou-se no estudo XI que o Programa Bolsa Família (PBF) atua na saúde, buscando proporcionar qualidade de vida às famílias carentes, por meio da superação da fome e da pobreza. Desse modo, seus benefícios na promoção da saúde atingem não somente as crianças e adolescentes, mas também as famílias carentes do Brasil (FONSECA *et al.*, 2013).

No estudo VI identificou-se uma forte diferença entre o monitoramento da saúde e o da educação - os autores são enfáticos ao referirem que ao passo em que mais da metade das famílias foi monitorada em educação, somente uma pequena parcela teve suas condições de saúde acompanhadas no período de 2005, contrastando com o monitoramento da educação que cobriu quase 63% das famílias beneficiárias monitoradas em 2006 (ANDRADE *et al.* 2012).

Na análise do estudo X identificou-se a necessidade da criança se apreciada a partir de uma concepção de integralidade e enquanto ser humano em formação que dentre as dimensões da vida deveria ter a saúde enquanto principal direito a ser garantido (SILVA *et al.*, 2012).

4.2 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) E O IMPACTO SOBRE ESTADO NUTRICIONAL E VACINAL DAS CRIANÇAS

Na análise do estudo IV, evidenciou-se que o Programa Bolsa Família (PBF) - criado em 2003, é considerado atualmente o maior programa de transferência de renda do mundo, destinando-se às famílias brasileiras em situação de pobreza e de extrema pobreza. Destacou-

se nesse estudo que cerca de 12.500.000 famílias são beneficiárias do PBF. Dentre estas, aproximadamente a metade tem suas necessidades básicas supridas, como alimentação e saúde (SILVA, 2011).

No estudo X identificou-se que a alimentação tem como função o suprimento das necessidades nutricionais, possibilitando o desenvolvimento intelectual, psicológico, biológico e cultural em processo social de continuidade (SILVA *et al.*, 2012).

Por outro lado, o estudo VIII evidenciou que as práticas de alimentação incidem diretamente sobre as condições de saúde infantil e dependem das condições econômicas- determinantes da disponibilidade, quantidade e da qualidade dos alimentos consumidos (CALDAS; OLIVEIRA e SANTOS, 2012).

Identificou-se consonância e complementaridade com o estudo I, que destaca a relação de interdependência entre o estado nutricional infantil, o consumo alimentar e o estado de saúde- que dependem diretamente da disponibilização de alimento, domicílio, salubridade, ambiente e cuidado destinado à criança (FROTA e BARROSO, 2005).

O estudo X destaca o fato de que o estado nutricional constitui-se um respeitável indicador de saúde e que pode ser útil como base para programas que tenham como foco a proteção e a promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2012).

O acompanhamento desses programas sociais nas unidades de saúde foi organizado com base em uma rotina de reavaliações das crianças, com periodicidade de seis meses para o acompanhamento do Bolsa Família, e de trinta dias para o Leite das Crianças (SILVA *et al.*, 2012).

Evidenciou-se na análise do estudo III, que existe uma relação de prevalência entre anemia e desnutrição e os determinantes socioeconômicos, que leva a acreditar haver uma perspectiva de que o Programa Bolsa Família (PBF) enquanto principal política de combate à pobreza promova impacto positivo no estado nutricional (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Tal estudo parte da premissa de que este benefício promove um incremento na economia da família e que dessa forma poderá promover uma melhoria no estado nutricional das crianças que nela vivem (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Conforme o estudo III, o resultado equitativo da avaliação nutricional entre os grupos Beneficiários Bolsa Família (BF) e Não Beneficiários Bolsa Família (NBF)- este último com melhores condições socioeconômicas, são sugestivos da importância do benefício tanto no que se refere ao aporte financeiro que pode estar trazendo incrementos à alimentação, quanto pela obrigatoriedade do acompanhamento nutricional exigido (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

No estudo VII, os autores chamam atenção para o fato de que não foram constatadas diferenças estatísticas entre o estado nutricional de crianças beneficiárias e não beneficiárias do PBF, evidenciando que os resultados obtidos no que se refere ao padrão de consumo alimentar dessa população indicam uma situação de risco alimentar e nutricional, exigindo assim a implementação de intervenção promotoras da alimentação saudável por parte dos profissionais de saúde (SALDIVA; SILVA e SALDIVA, 2012; SOUZA *et al.*, 2012).

Chamou atenção na análise do estudo VII, a comprovação do que se visualiza cotidianamente no contato com crianças – em ambos os grupos (beneficiárias e não beneficiárias), os consumos de frutas, verduras e leguminosas foram baixos; no entanto, as crianças do programa bolsa família apresentam risco triplicado de consumir guloseimas (SALDIVA; SILVA e SALDIVA, 2012).

Evidenciou-se aí a necessidade de associar-se o fortalecimento de políticas em atenção à saúde da família ao aconselhamento nutricional (SOUZA *et al.*, 2012).

Diante dessa constatação, tornou-se pertinente formular a hipótese de que as famílias do PBF, ao aumentarem a renda mensal, desenvolvem também hábitos alimentares não saudáveis, passando a consumir alimentos de baixo valor nutritivo como biscoitos doces, balas, doces e chocolates. Esses achados sugerem que o PBF ampliaria os seus efeitos positivos se associados a um programa de educação alimentar. Uma alternativa seria incluir estratégias de promoção de alimentação saudável nas visitas semestrais de acompanhamento do estado nutricional a que são submetidas crianças menores de 10 anos pertencentes ao Programa Bolsa Família (SALDIVA; SILVA e SALDIVA, 2012).

Na análise do estudo II, identificou-se que as atividades voltadas às crianças situação de risco nutricional são desenvolvidas junto às famílias inseridas no PBF, evidenciando a necessidade de se trabalhar de forma multidisciplinar e integrada em atividades educativas como forma de contribuir para os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

No que se refere aos impactos do Programa Bolsa Família na imunização de crianças de 0 a 6 anos de idade no Brasil os resultados da análise do estudo III indicam que o programa não afetou o estado vacinal das crianças dentro do período estudado, justificam essa evidência em função do monitoramento das condicionalidades de saúde ainda se encontrar em processo de implementação (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Essa realidade demonstra que, apesar das campanhas de vacinação e da intensificação dos cuidados básicos de saúde e de prevenção dos últimos 10 anos, o nível de imunização não é universal dentre os cidadãos mais pobres do Brasil (ANDRADE *et al.*, 2012).

Assim, considerou-se que a atenção à saúde da criança constitui-se prioridade no cumprimento dos preceitos expressos no Estatuto da Criança e do Adolescente e na perspectiva de seu cumprimento, a busca ativa e o acompanhamento da saúde da criança sugerem o desenvolvimento de um modelo assistencial baseado nos preceitos da responsabilização, da prevenção de agravos e da promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2012).

Tais preceitos atualmente compõem as bases assistenciais da atenção primária da saúde, sendo sua implementação atribuída à equipe de Atenção Básica que deve realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento como cumprimento dos programas sociais de todas as crianças em sua área de abrangência (SILVA *et al.*, 2012).

4. CONCLUSÃO

A pesquisa integrativa que teve como objetivo identificar a produção científica sobre o Programa Bolsa Família (PBF) e analisar nas produções científicas, as evidências sobre a contribuição do Programa Bolsa Família (PBF) para a promoção da saúde das crianças teve como resultado da busca um total de 11 artigos selecionados.

A análise dos artigos indexados demonstraram que o ano de maior concentração das publicações foi o ano de 2012, com 05 artigos (46%), seguido de 2011 com 03 artigos (27%) e por 2005, 2009 e 2011 com 01 artigo cada (9%); predomínio de estudo qualitativo - com 09 artigos (81,90%) sobre quantitativos - com 02 publicações (18,20%); que a maior parte das publicações ocorreu na região Nordeste com aproximadamente 46%; seguida das regiões Sul e Sudeste com 18% cada; e Norte e Centro-Oeste com 9% cada; que a maioria dos artigos publicados é da área da saúde, com 10 (90,9%) e que apenas 01 (9,10%) é de periódico específico da Enfermagem.

Os estudos evidenciam que o Programa Bolsa Família (PBF) atua na saúde, buscando proporcionar qualidade de vida às famílias carentes, por meio da superação da fome e da pobreza. Desse modo, seus benefícios na promoção da saúde atingem não somente as crianças e adolescentes, mas também as famílias carentes do Brasil.

Ao passo em que realiza a transferência direta do benefício econômico, este programa em contrapartida exige o cumprimento de condicionalidades pelas famílias beneficiadas, tais

quais a atualização do calendário vacinal, acompanhamento mensal do crescimento para as menores de 7 anos, frequência escolar para crianças e adolescentes de 6 a 17 anos.

Tais condicionalidades são apresentadas como pontos positivos do PBF, já que acompanhamento dos programas sociais nas unidades de saúde organiza-se conforme uma rotina de reavaliações da saúde das crianças.

No que se refere ao monitoramento do Programa Bolsa Família, esse acompanhamento é programado por periodicidade de seis meses para que sob essa perspectiva, permita um acompanhamento paralelo do crescimento e desenvolvimento desses indivíduos, permitindo o exercício dos direitos sociais nas áreas de saúde.

Evidenciou-se que o acompanhamento do Programa Bolsa Família nas unidades de saúde ocorre paralelamente à rotina de reavaliações da saúde das crianças permitindo um acompanhamento paralelo do crescimento e desenvolvimento destas.

Em relação aos impactos do Programa Bolsa Família na imunização de crianças de 0 a 6 anos de idade evidenciou-se que o programa não afetou o estado vacinal das crianças justificando-se tal fato por necessidade de maior monitoramento e alimentação do sistema de informação.

Portanto, no cumprimento dos preceitos expressos no Estatuto da Criança e do Adolescente e na perspectiva de seu cumprimento, a busca ativa e o acompanhamento da saúde da criança sugerem o desenvolvimento de um modelo assistencial baseado nos preceitos da responsabilização, da prevenção de agravos e da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* **Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 7. Jul., 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e Adolescente (ECA)** – Lei 8.069/90. 7 ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2009.

_____. **Constituição da República Federativa:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº. 1/92 a 44/2004 e pelas Constitucionais de Revisão nº. 1/ a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social. Programa Bolsa Família (PBF). Brasília: 2004. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 14.05.2013.

CALDAS, B. G.; OLIVEIRA, D. A. A. B. e SANTOS, L. C. **Estado Nutricional e caracterização socioeconômica de crianças integrantes do Programa Bolsa Família.** *Pediatria Moderna*. Minas Gerais. v. 48, n. 1. Jan., 2012.

CURY, M. (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente comentado: comentários jurídicos e sociais.** 7 ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2003.

D'ANDREA, G. **Noções de direito da criança e do adolescente.** Florianópolis: OAB/SC, 2005.

ELIAS, R. J. **Direitos fundamentais da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FONSECA, F. F. *et al.* **As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção.** *Rev. Paul. Ped.* São Paulo. v. 31, n. 2. Jun., 2013.

FROTA, M. A.; BARROSO, M. G. T. **Repercussão da desnutrição infantil na família.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto. v. 13, n. 6. Dez., 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. e GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. v. 17, n. 4. 2008.

OLIVEIRA, F. C. C. *et al.* **Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos.** *Ciência Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v. 16, n. 7. Jul., 2011.

SALDIVA, S. R. D. M.; SILVA, L. F. F. e SALDIVA, P. H. N. **Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família.** *Rev. Nutr. Campinas*. v. 23, n. 2. Abr., 2012.

SILVA, D. A. S. **Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe.** *Brasil. Rev. Paul. Pediatr.* São Paulo. v. 29, n. 4. Dez., 2011.

SILVA, D. I. *et al.* **Reorganização da Atenção a Saúde da Criança em Colombo, Paraná, Brasil.** *Rev. Baiana de Saúde Pública*. Salvador. v. 36, n. 1. Jan./mar., 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente: Manual de Orientação.** Rio de Janeiro: 2009, 116p.

SOUZA, O. F. *et al.* **Prevalência e associação dos fatores da anemia em crianças.** *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo. v. 22, n. 3. 2012.

THUMA, R. C. F. B.; COSTA, T. H. M.; e SCHIMITZ, B. A. S. **Avaliação antropométrica e dietética de pré-escolares em três creches de Brasília, Distrito Federal.** *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v. 5, n. 4. Recife: out./dez., 2005.

VERONESE, J. R. P. (org.). **Violência e exploração sexual infanto-juvenil**: crimes contra a humanidade. Florianópolis: OAB/SC, 2005.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 1998. (Report of the WHO Convention on Obesity).