

**DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: PERFIL NUTRICIONAL
DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE
DOURADOS/MS.**

**HUMAN RIGHT TO ADEQUATE FOOD: NUTRITIONAL PROFILE OF BOLSA
FAMÍLIA PROGRAM BENEFICIARIES IN THE MUNICIPALITY OF DOURADOS/
MS.**

**DERECHO HUMANO A LA ALIMENTACIÓN ADECUADA: PERFIL
NUTRICIONAL DE LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
EN EL MUNICIPIO DE DOURADOS/MS.**

Maria Fernanda Lucena Jardim¹
Lorraine Aparecida Pinto²

RESUMO

O estudo analisou o perfil nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família em Dourados/MS e sua relação com o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Realizou-se pesquisa descritiva com abordagem mista, utilizando dados secundários do SISVAN, SISAB e e-SUS AB de 11.536 indivíduos, categorizados por ciclo de vida. Observou-se coexistência de desnutrição leve e magreza com prevalência crescente de sobrepeso e obesidade, caracterizando a dupla carga da má nutrição. Crianças apresentaram eutrofia predominante, mas risco de sobrepeso em 26,4%; adolescentes e adultos mostraram excesso de peso acima de 35% e 74%, respectivamente; gestantes com mais de 50% acima do peso. Esses padrões estão associados a maior risco de doenças crônicas não transmissíveis. Apesar do PBF ampliar acesso a alimentos, persistem vulnerabilidades nutricionais e barreiras ao DHAA, como oferta de ultraprocessados e ambientes alimentares desfavoráveis. Conclui-se que estratégias intersetoriais, educação alimentar e políticas públicas consistentes são essenciais para promover alimentação adequada, prevenir doenças crônicas e fortalecer direitos sociais.

Palavras-chave: Programas de Assistência Social; Estado Nutricional; Segurança Alimentar e Nutricional; Atenção Primária à Saúde; Educação Alimentar e Nutricional.

ABSTRACT

This study analyzed the nutritional profile of Bolsa Família Program (PBF) beneficiaries in Dourados/MS, Brazil, and its relation to the Human Right to Adequate Food (HRAF). A descriptive mixed-methods study was conducted using secondary data from SISVAN, SISAB and e-SUS AB for 11,536 individuals, categorized by life cycle. Coexistence of mild undernutrition and thinness was observed alongside a rising prevalence of overweight and obesity, characterizing the double burden of malnutrition. Children exhibited predominant eutrophy, but a 26.4% risk of overweight; adolescents and adults showed overweight prevalence above 35% and 74%, respectively; pregnant women had over 50% above

recommended weight. These patterns are associated with an increased risk of noncommunicable chronic diseases. Although the PBF expands access to food, nutritional vulnerabilities and barriers to the HRAF persist, such as the availability of ultra-processed foods and unfavorable food environments. It is concluded that intersectoral strategies, food and nutrition education, and consistent public policies are essential to promote adequate diets, prevent chronic diseases, and strengthen social rights.

Keywords

Social assistance programs; Nutritional status; Food and nutrition security; Primary health care; Food and nutrition education

RESUMEN

El estudio analizó el perfil nutricional de los beneficiarios del Programa Bolsa Família (PBF) en Dourados/MS, y su relación con el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA). Se realizó una investigación descriptiva de enfoque mixto, empleando datos secundarios de SISVAN, SISAB y e-SUS AB correspondientes a 11.536 individuos, categorizados por ciclo de vida. Se observó la coexistencia de desnutrición leve y delgadez con una prevalencia creciente de sobrepeso y obesidad, caracterizando la doble carga de la malnutrición. En la población infantil predominó la eutrofia, aunque el riesgo de sobrepeso fue del 26,4%; adolescentes y adultos presentaron exceso de peso superiores al 35% y 74%, respectivamente; las gestantes mostraron más del 50% por encima del peso recomendado. Estos patrones se asocian a un mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. A pesar de que el PBF amplía el acceso a alimentos, persisten vulnerabilidades nutricionales y barreras al cumplimiento del DHAA, como la oferta de alimentos ultraprocesados y entornos alimentarios desfavorables. Se concluye que son esenciales estrategias intersectoriales, educación alimentaria y nutricional, y políticas públicas coherentes para promover una alimentación adecuada, prevenir enfermedades crónicas y fortalecer los derechos sociales.

Palabras clave

Programas de asistencia social; Estado nutricional; Seguridad alimentaria y nutricional; Atención primaria de salud; Educación alimentaria y nutricional

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, o Brasil apresentou avanços significativos na redução da fome e da pobreza, impulsionados por políticas públicas como o Programa Bolsa Família (PBF). Entre os anos de 2004 e 2014, o programa ampliou sua cobertura, com impacto positivo na diminuição da pobreza extrema e na melhoria da distribuição de renda. Contudo, a partir de 2016, mudanças no cenário político resultaram no enfraquecimento dessas políticas, marcado por cortes de recursos, redução de programas essenciais e pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, que limitou os gastos públicos. Esse cenário se aprofundou com o governo iniciado no ano 2019, que extinguiu órgãos estratégicos como o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), revertendo conquistas sociais alcançadas anteriormente.¹

O PBF tem como base o Cadastro Único, documento que identifica e caracteriza as famílias beneficiárias. A permanência no programa depende do cumprimento de condicionalidades como frequência escolar das crianças, acompanhamento da saúde e do estado nutricional, além da participação em ações de educação alimentar e nutricional. Esse acompanhamento é realizado pelas unidades básicas de saúde, e os dados coletados são monitorados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), possibilitando avaliar a efetividade do programa na melhoria das condições de saúde e nutrição da população, especialmente em relação à desnutrição materno-infantil².

Apesar da relevância dessas condicionalidades, há uma divergência entre o estado nutricional dos beneficiários e o que é garantido pelo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Muitas famílias possuem conhecimento básico sobre alimentação saudável, mas enfrentam dificuldades financeiras para acessar alimentos de qualidade, recorrendo ao consumo de ultraprocessados como alternativa alimentar. Essa realidade contrasta com os princípios do DHAA, que prevê acesso regular, em quantidade suficiente e de forma digna e sustentável a

alimentos saudáveis. Tal desencontro decorre, em grande parte, do desconhecimento sobre o significado do DHAA, reduzido muitas vezes a uma noção genérica de direito ou limitado apenas ao combate à fome, o que dificulta sua plena exigência e vivência³.

Nesse contexto, destaca-se também o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no acompanhamento das condicionalidades do programa, especialmente na coleta e monitoramento de informações sobre o estado nutricional. Embora os profissionais de saúde desempenhem função central nesse processo, a prática tende a se restringir a aspectos burocráticos, sem explorar sua dimensão política e social. Isso limita a contribuição do PBF e da APS na promoção da segurança alimentar e no fortalecimento do DHAA, reduzindo o impacto das ações a um caráter assistencial. Aprofundar essa interface é essencial para qualificar a atuação profissional, fortalecendo práticas críticas, intersetoriais e alinhadas às políticas públicas, de modo que a saúde se consolide como instrumento de cidadania e inclusão social⁴.

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar o perfil nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no município de Dourados/MS e sua interface com o Direito Humano à Alimentação Adequada, contribuindo para o avanço da APS ao oferecer subsídios que reforcem seu papel estratégico na promoção da saúde, na garantia de direitos e na redução das desigualdades sociais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e quantitativo, segundo as recomendações do STROBE⁵. O objetivo foi identificar e avaliar o estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) e sua interface com o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, no período de 2 de janeiro a 31 de dezembro de 2024.

O estudo foi conduzido no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Dourados/MS. Foram utilizados registros eletrônicos dos sistemas SISVAN, SISAB e e-SUS AB referentes ao período de janeiro a dezembro de 2024, disponibilizados pela gestão dos programas de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MS, por meio de consultas padronizadas às bases, aplicando-se filtros para registros vinculados à condicionalidade Saúde do Programa Bolsa Família nas vigências analisadas. Foram elegíveis todos os beneficiários cadastrados na condicionalidade de saúde do PBF durante o período estudado que possuíam registro antropométrico disponível em uma das bases citadas. Do total de 15.102 beneficiários registrados nas vigências analisadas, 11.536 apresentaram dados válidos e foram incluídos na análise, considerando exclusões por ausência ou inconsistência de dados.

As variáveis extraídas foram peso, altura, data de nascimento e sexo. O desfecho principal foi o estado nutricional, categorizado por IMC/idade para crianças e adolescentes e IMC para adultos, idosos e gestantes, conforme os pontos de corte adotados pelo Ministério da Saúde/OMS. O IMC foi tratado como variável contínua para cálculo e também como variável categórica para apresentação de prevalências (baixo peso, eutrofia, sobrepeso, obesidade e graus, conforme definições oficiais). As variáveis independentes consideradas incluíram faixa etária (ciclos de vida), sexo e condição gestacional.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas por grupo etário e sexo. Para as estimativas de prevalência foram apresentadas as proporções observadas. Quando pertinente, foram realizadas análises estratificadas por ciclo de vida e por fonte de dado para avaliar a consistência dos achados. Registros com ausência de variáveis essenciais (peso, altura, data de nascimento ou sexo) ou com inconsistências documentadas foram excluídos da análise principal.

Considerando a natureza de dados secundários, adotou-se o critério de censo dos registros elegíveis, não sendo realizado cálculo amostral prévio. Foram reconhecidas as limitações inerentes ao uso de bases administrativas, como possíveis inconsistências nos registros e variações técnicas na coleta antropométrica e ausência de informações sobre consumo alimentar e o perfil socioeconômico, a mesma foram discutidas na seção de limitações do estudo.

O estudo respeitou os princípios éticos aplicáveis: foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o CAE nº 87857625.0.0000.0021. Por se tratar de análise de dados secundários anonimizados, o consentimento informado foi dispensado conforme a legislação e normas éticas vigentes. O estudo respeitou integralmente os princípios éticos de pesquisa em saúde, utilizando exclusivamente bancos de dados secundários já existentes e assegurando a confidencialidade das informações, de forma a não expor a identidade dos participantes.

Os resultados obtidos foram direcionados à produção de evidências que possam subsidiar estratégias intersetoriais de melhoria da qualidade de vida da população atendida.

RESULTADOS

Foram analisados 11.536 (76.38%), dos 15.102 beneficiários do Programa Bolsa Família referentes a 1º e 2º vigências do ano de 2024, do município de Dourados/MS. Todos foram categorizados em seis grupos conforme seu ciclo de vida: crianças (0- 5 anos), crianças (5-10 anos), adolescentes, adultos, idosos e gestantes. A classificação do estado nutricional foi realizada utilizando-se os pontos de corte de IMC x Idade específicos para cada grupo populacional, de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Para cada grupo, foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) de cada categoria de estado nutricional, utilizando-se estatística descritiva.

Na Tabela 1, consta o estado nutricional de n= 3.413 crianças (0 a 5 anos), de ambos os sexos, avaliados por IMC X Idade.

Tabela 1 – Estado nutricional de crianças (0 – 5 anos), beneficiários Programa Bolsa Família avaliadas por IMC x Idade no município de Dourados em 2024

Estado Nutricional	N	%	IC 95%
Magreza Acentuada	47	1.38%	(0.98% - 1.78%)
Magreza	70	2.05%	(1.57% - 2.53%)
Eutrofia	2395	70.17%	(68.63% - 71.71%)
Risco de Sobrepeso	599	17.55%	(16.27% - 18.83%)
Sobrepeso	189	5.54%	(4.77% - 6.31%)
Obesidade	113	3.31%	(2.71% - 3.91%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

Na Tabela 2 apresenta-se o estado nutricional de n = 2.179 crianças de 5 a 10 anos, de todos os sexos, avaliados por IMC x Idade.

Tabela 2 – Estado nutricional de crianças (5 – 10 anos), beneficiários Programa Bolsa Família avaliadas por IMC x Idade no município de Dourados em 2024

Estado Nutricional	N	%	IC 95%
Magreza Acentuada	18	0.83%	(0,45% - 1,21%)
Magreza	33	1.51%	(1,00% - 2,02%)
Eutrofia	1697	77.88%	(76,13% - 79,63%)
Sobrepeso	269	12.35%	(10,97% - 13,73%)
Obesidade	105	4.82%	(3,92% - 5,72%)
Obesidade Grave	57	2.62%	(1,95% - 3,29%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

Na Tabela 3 apresenta-se o estado nutricional de n= 1.735 adolescentes, de todos os sexos, avaliados por IMC x Idade.

Tabela 3 - Estado nutricional de adolescentes beneficiários PBF avaliados por IMC x Idade no município de Dourados em 2024

Estado Nutricional	N	%	IC 95%
Magreza acentuada	5	0.29%	(0,04% - 0,54%)
Magreza	20	1.15%	(0,65% - 1,65%)
Eutrofia	1084	62.48%	(60,20% - 64,76%)
Sobrepeso	440	25.36%	(23,31% - 27,41%)
Obesidade	153	8.82%	(7,49% - 10,15%)
Obesidade grave	33	1.9%	(1,26% - 2,54%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

Na Tabela 4 está o estado nutricional de n= 4.149 adultos de ambos os sexos, avaliados por IMC.

Tabela 4 - Estado nutricional de adultos beneficiários PBF avaliados por IMC no município de Dourados em 2024

Estado nutricional	N	%	IC 95%
Baixo peso	73	1.76%	(1,36% - 2,16%)
Adequado ou Eutrófico	992	23.91%	(22,61% - 25,21%)
Sobrepeso	1414	34.08%	(32,64% - 35,52%)
Obesidade grau I	1.086	26.17%	(24,83% - 27,51%)
Obesidade grau II	392	9.45%	(8,56% - 10,34%)
Obesidade grau III	192	4.63%	(3,99% - 5,27%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

A Tabela 5 traz o estado nutricional de n= 60 idosos, que assim como os adultos, foram considerados todos os sexos e foram avaliados por IMC.

Tabela 5 - Estado nutricional de idosos beneficiários PBF avaliados por IMC no município de Dourados em 2024

Estado nutricional	N	%	IC 95%
Baixo peso	3	5%	(0,00% - 10,51%)
Adequado ou Eutrófico	15	25%	(14,04% - 35,96%)
Sobrepeso	42	70%	(58,42% - 81,58%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

Na Tabela 6 pode ser visualizado o resultado do estado nutricional de n= 336 gestantes, considerando IMC x Idade Gestacional.

Tabela 6 - Estado nutricional de gestantes beneficiárias PBF avaliadas por IMC x Idade Gestacional no município de Dourados em 2024

Estado nutricional	N	%	IC 95%
Baixo peso	36	10.71%	(7,40% - 14,02%)
Adequado ou Eutrófico	123	36.61%	(31,45% - 41,77%)
Sobrepeso	102	30.36%	(25,45% - 35,27%)
Obesidade	75	22.32%	(17,87% - 26,77%)

Fonte: Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN/PBF)

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um cenário complexo do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) em Dourados/MS, marcado pela coexistência de agravos historicamente associados à pobreza — como magreza e baixo peso — e do crescimento expressivo do sobrepeso e da obesidade em praticamente todos os ciclos de vida. Essa configuração caracteriza a “dupla carga da má nutrição”, fenômeno amplamente descrito na literatura como característica central da transição nutricional em populações de baixa renda no Brasil e em países de renda média, com implicações diretas no aumento do risco para

doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão, diabetes mellitus tipo 2 e dislipidemias ^{6,7}.

Entre as crianças de 0 a 5 anos, a predominância da eutrofia (70,17%) e a baixa prevalência de magreza refletem a tendência nacional de redução da desnutrição infantil, atribuída à expansão da proteção social, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e incremento do acesso a serviços e renda via PBF ⁸. Contudo, o percentual elevado de crianças com risco de sobrepeso, sobrepeso e obesidade (26,4%) já aponta para a presença precoce de fatores de risco para DCNT, considerando que excesso de peso na infância se associa a maior probabilidade de obesidade adulta e desenvolvimento de hipertensão, resistência insulínica e alterações metabólicas precoces ^{9,10}.

Entre crianças de 5 a 10 anos, a manutenção da eutrofia como padrão predominante (77,88%) ocorre paralelamente ao aumento consistente de sobrepeso e obesidade, fenômeno também descrito em análises recentes do SISVAN¹¹. Em adolescentes, o excesso de peso alcança aproximadamente 35% da população avaliada, refletindo forte associação entre insegurança alimentar, consumo de ultraprocessados, sedentarismo e risco elevado de DCNT na vida adulta^{12,13}. Esses achados reforçam a hipótese de risco cumulativo ao longo da vida, evidenciada por transições alimentares progressivamente mais marcadas e por exposições precoces a fatores de risco metabólicos.

Nos adultos beneficiários, o excesso de peso atinge cerca de 74%, com prevalências significativas de obesidade grau I e II, enquanto nos idosos o sobrepeso chega a 70%. Esses níveis elevados de excesso ponderal estão associados a maior incidência de doenças crônicas, incluindo hipertensão, diabetes tipo 2, dislipidemias e doenças cardiovasculares, fenômenos já descritos em populações de baixa renda com padrões alimentares obesogênicos ^{7,14}.

Em relação às gestantes, mais de 50% apresentaram sobrepeso ou obesidade, elevando o risco de complicações materno-infantis, incluindo diabetes gestacional, hipertensão induzida

pela gravidez e parto cesáreo, reforçando a importância do monitoramento nutricional e da educação alimentar neste grupo ¹⁵.

Considerando que o Programa Bolsa Família amplia o acesso e a quantidade de alimentos nas famílias beneficiárias, mas não garante melhora consistente da qualidade da dieta, observa-se um quadro paradoxal: há aumento do excesso de peso em várias faixas etárias enquanto persistem vulnerabilidades nutricionais em subgrupos. A avaliação da segurança alimentar indica que a transferência monetária alivia a privação imediata, porém é insuficiente para eliminar níveis elevados de insegurança alimentar e não resolve os determinantes sociais, educacionais e ambientais que condicionam as escolhas alimentares; isso revela uma lacuna entre o acesso econômico a alimentos e o efetivo direito a uma alimentação adequada e saudável, o que demanda combinar proteção social com ações intersetoriais de educação alimentar, promoção de ambientes alimentares saudáveis e vigilância nutricional para que a renda adicional produza melhorias reais e sustentáveis no estado nutricional. Um estudo mostrou que, embora a maior parte das crianças apresente estado nutricional considerado adequado, há presença preocupante de sobrepeso e obesidade infantil associada ao consumo frequente de alimentos ultraprocessados e ao baixo consumo de saladas, legumes e verduras; ao mesmo tempo, muitas famílias permanecem em insegurança alimentar e em contextos de baixa escolaridade, alta taxa de desemprego e forte destinação da renda familiar para alimentação, tais fatores parecem mediar essas escolhas alimentares^{7, 8, 16,17}.

Tais dados evidenciam a relação direta com o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que compreende não apenas quantidade suficiente de alimentos, mas também qualidade nutricional, informação adequada e ambiente alimentar favorável¹⁸. Embora o PBF aumente o acesso econômico a alimentos, a oferta de ultraprocessados, a ausência de infraestrutura para práticas alimentares saudáveis e a publicidade direcionada constituem

barreiras estruturais ao exercício pleno do DHAA, perpetuando risco de excesso ponderal e as DCNT^{3,19}.

Metodologicamente, o uso de dados secundários provenientes do SISVAN, SISAB e e-SUS AB representa a força do estudo, permitindo ampla cobertura populacional e vigilância contínua. Contudo, limitações como inconsistências nos registros, variações técnicas na antropometria e ausência de informações detalhadas de consumo alimentar e perfil socioeconômico restringem a capacidade analítica e impedem inferências causais. Assim, estudos futuros devem integrar dados antropométricos, consumo alimentar, dados socioeconômicos e indicadores de DCNT para compreender melhor a relação entre renda, dieta, excesso ponderal e riscos metabólicos²⁰.

Os achados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais que articulem proteção social, vigilância nutricional, regulação do ambiente alimentar e promoção da saúde. Políticas que ampliem o acesso a alimentos in natura, fortaleçam a agricultura familiar, regulem a publicidade de ultraprocessados e ampliem ações territoriais, como as desenvolvidas pela Academia da Saúde, são fundamentais para prevenir excesso de peso e as DCNT²¹. No âmbito municipal, instrumentos de planejamento intersetorial, como o Plano Plurianual (PPA), são essenciais para assegurar continuidade, financiamento e transversalidade das ações de alimentação, nutrição e prevenção de doenças crônicas¹⁷.

Em síntese, embora haja avanços na redução da desnutrição, desafios estruturais relacionados ao Direito Humano à Alimentação Adequada ainda persistem, sendo esta a condição essencial para a dignidade humana e para a realização de outros direitos sociais. O Brasil avançou por marcos jurídicos e institucionais — incorporação constitucional da LOSAN, SISAN e programas como PAA, PNAE, Bolsa Família e iniciativas locais (Cozinha Solidária) — que atuam em três eixos: proteção de renda e acesso a alimentos, fortalecimento da produção familiar e participação social. Contudo, legislação e programas não bastam sem financiamento

estável, governança intersetorial e controle social efetivo, pois descontinuidade política, cortes orçamentários e retrocessos institucionais (ex.: enfraquecimento do CONSEA) ampliam a insegurança alimentar, razão pela qual a consolidação do DHAA requer de políticas de Estado permanentes, articulação intersetorial, valorização da agricultura familiar, integração entre transferências de renda e garantia de acesso a alimentos saudáveis e mecanismos robustos de participação cidadã para que o direito deixe de ser apenas formal e se concretize no cotidiano

9,22 .

Por fim, este estudo evidencia a necessidade de pesquisas futuras que integrem dados antropométricos, padrões de consumo alimentar e indicadores de doenças crônicas, permitindo análises mais aprofundadas sobre determinantes sociais, escolhas alimentares e impacto das políticas públicas sobre o estado nutricional. Apenas por meio desse enfoque multidimensional será possível promover avanços concretos na segurança alimentar, na prevenção de doenças crônicas e na efetivação plena do Direito Humano à Alimentação Adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro-Silva RC, Pereira M, Campello T, Aragão E, Guimarães JMM, Ferreira AJF. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Cien Saúde Colet.* 2020;25(9):3421-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFBrPHcbPdQCPdsJYN4ncLy/?format=pdf&lang=pt>
2. Wolf MR, Filho AAB. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil – uma revisão sistemática. *Cien Saúde Colet.* 2014;19(5):1331-8. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01331.pdf
3. Oliveira JF, Neves JA, Veldovato GM, Zangirolani LT, Medeiros MAT. Direito humano à alimentação adequada: percepções de participantes do Programa Bolsa Família. *Demetra.* 2023;18:e711919. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/71919/46853>
4. Ramos CI, Cuervo MRM. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano à alimentação adequada. *Cien Saude Colet.* 2012;17(8):2159-68. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n8/2159-2168/pt>
5. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet.* 2007;370(9596):1453-7. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>.
6. Popkin, BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet.* 2020;395(10217):65-74. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32497-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32497-3/abstract)
7. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada ML, Rauber F, Khandpur N, Cediel G, Neri D, Martinez-Steele E, Baraldi LG, Jaime PC. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr.* 2019;22(5):936-941. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744710/>
8. Gouveia, AVS, Carvalho RES, Correia MEG, Silveira JAC. Tendência temporal da prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos assistidas pelo Programa Bolsa Família (2008-2019). *Cad. Saúde Pública.* 2024;40(1):e00180022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KqHbCgw6g7zND955BsGQgsN/?lang=pt>
9. Pereira AM, Buffarini R, Domingues MR, Barros FCLF, Silveira MF da. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de uma Coorte de Nascimentos de Pelotas. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2022;56:79. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/203219>
10. Vallianou NG, Kounatidis D, Tzivaki I, Zafeiri GCM, Rigatou A, Daskalopoulou S, Stratigou T, Karampela I, Dalamaga M. Ultra-Processed Foods and Childhood Obesity: Current evidence and perspectives. *Curr Nutr Rep.* 2025;14(5). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13668-024-00596-y>

11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Mapeamento da insegurança alimentar e nutricional com foco na desnutrição (Mapa InSAN) a partir da análise do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): primeira parte. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; 2023. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/noticias/arquivos/files/Estudo%20Tecnico%20CAISAN%20MapaInsan%20versao_final.pdf
12. Alves ER, Rêgo AS, Lopes ARC, Brito AP, Santos WRCC, Silva F de MAM, Silva EG da CM da, Barbosa JMA. Obesidade abdominal e fatores associados em adolescentes. RBONE [Internet]. 2021;14(88):802-10. Disponível em: <https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/138713>
13. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Bartosiewicz A, Pröchnicki M, Strykowska-Góra A, Laskowska B, Sierpnska M, Rudzki S, Pavlov S. Overweight and obesity among adolescents: health-conscious behaviours, acceptance, and the health behaviours of their parents. BMC Public Health. 2025;5(418). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21591-0>
14. Santos AC. Transição nutricional no Brasil: tendência e desafios contemporâneos. rsc [Internet]. 2023;19(3). Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/16434>
15. Brunini IM, Zornitta JD, Peres LECN, Bucair MKGB de M, Souza MEP de, Souza JR, Costa MFM, Garcia BL, Curvo BN e, Oliveira AF, Paixão PAU, Amorim TM. Impacto da obesidade materna sobre os desfechos obstetricos: revisão sistemática. Braz. J. Implantol. Health Sci. 2025;7(9):1060-72. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/6338>
16. Kuhn GD, Schmitt M, Fassina P. Consumo alimentar, estado nutricional e segurança alimentar e nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Rev. Destaques acadêmicos. 2021;13(3):132-148. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2963/1903>
17. Araújo TSJ, Rocha FPS, Lustosa LCRS, Fontenelle LC. Estado nutricional, consumo de alimentos e (in)segurança alimentar de crianças assistidas pelo Programa Bolsa Família. Rev. APS. 2023;26:e262338004. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/e262338004/26731>
18. Villas Bôas RV, Soares D da S. O direito humano à alimentação adequada: interdimensionalidade, efetividade, desenvolvimento humano e dignidade da pessoa humana. RDHE [internet]. 2020;6(2):19-38. Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/7129>
19. Versiani RLS. O controle da publicidade infantil de alimentos: hermenêutica à luz do direito fundamental de proteção à criança com absoluta prioridade, 2020. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, 2020. Pós-graduação em Direito. Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2020.712>
20. Nascimento FA, Silva SA, Jaime PC. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. Cad. Saúde Pública. 2017;33(12):e00161516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161516>

21. Bosco MG dal, Silva Junior SL, Castro MS, Silva RR. Soberania e segurança alimentar: (im)previsão de políticas públicas para seu alcance. Rev. Contemp [Internet]. 2024;4(5):e4540. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/4540>
22. Nunes TG, Pedroso FC, Souza LM, Leal NM. O direito humano à alimentação adequada: Fundamentos, compromisso e desafios no Brasil. Revista DCS. 2025; 22(81):01-11. Disponível em: <https://ojs.revistadcs.com/index.php/revista/article/view/3295/2574>

ANEXO I

Normas de formatação da Revista Ciência & Saúde Coletiva:

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os artigos obrigatoriamente deverão ter título e resumo em português, inglês e espanhol. Os textos em português devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em inglês e em espanhol. Os textos em espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Os textos em inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em espanhol. Os textos em francês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original, em português e em inglês. Não serão aceitas notas de pé-de-página no final das páginas dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os **Título, Resumo, Introdução, Métodos, Resultados e Discussão**, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem conter numeração progressiva e sim recursos gráficos como caixa alta, recuo na margem ou outros.

9. O título deve ter curto: 120 caracteres com espaço. O resumo/abstract/resumen, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave) e precisa explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica, os resultados e as conclusões. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords/palabras-clave. É fundamental ter clareza e objetividade na redação do resumo, pois assim o fazendo, o autor contribuirá para o interesse do leitor. Já clareza dos descritores contribuirá para a múltipla indexação do artigo. As palavras-chave em português, inglês e espanhol devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. É obrigatória a inclusão do Open Researcher and Contributor ID (ORCID) no momento de submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é válido que apenas um autor tenha o registro no ORCID. Mas quando o artigo for aprovado para publicação no SciELO, todos os autores devem ter o registro no ORCID. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne (plataforma de

submissão), acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize seu cadastro.

11. Em caso de usar inteligência artificial nos seus manuscritos, o autor deve mencionar esse fato, obrigatoriamente, dizendo ao final do campo dedicado à metodologia, em que etapa do artigo ela foi empregada.

12. Os manuscritos aprovados devem vir acompanhados de uma declaração de disponibilidade dos dados usados e gerados na pesquisa subjacentes aos textos. O modelo será enviado junto aos modelos das declarações solicitadas.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Nas edições da revista que forem impressas, todo esse material será na cor preta e cores cinza para diferenciações.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada), salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de

altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al. Exemplo: Minayo et al.³

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 (p.38). ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

ANEXO II

Declaração do uso de Inteligência Artificial:

Durante a elaboração deste trabalho, as autoras utilizaram as ferramentas de inteligência artificial ChatGPT (OpenAI, versão GPT-5.2) e Microsoft Copilot, com o objetivo de auxiliar na conferência de referências bibliográficas e na verificação da correção gramatical do texto. Após o uso dessas ferramentas, as autoras revisaram e editaram todo o conteúdo conforme necessário e assumem total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.