

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues

ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES INSCRITAS NO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NO PERÍODO DE 2018 A 2019,
NAS 5 MACRORREGIÕES DO BRASIL.

Brasília
2021

Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues

ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES INSCRITAS NO
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NO PERÍODO DE 2018 A 2019,
NAS 5 MACRORREGIÕES DO BRASIL.

Trabalho de Dissertação apresentado à
Escola Fiocruz de Governo como
requisito para obtenção do título de
Mestre em Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Erika Barbosa
Camargo

Brasília
2021

Catálogo na Fonte
Escola Fiocruz do Governo
Biblioteca

R-696a Rodrigues, Ludimyla dos Santos Victor.
Análise do estado nutricional de mulheres inscritas no
programa Bolsa família no período de 2018 a 2019 nas 5 macrorregiões
do Brasil. / Ludimyla dos Santos Victor Rodrigue,
Brasília, 2021.
109 f.: il.
Orientadora Prof.^a Dra. Erika Barbosa Camargo.
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

1. Programa Bolsa Família. 2. Estado Nutricional. 3. Mulheres.
4. Sobrepeso. 5. Obesidade. 6. Dupla carga Má nutrição. 7 Múltipla carga
Má nutrição. I. Rodrigues, Ludimyla dos Santos Victor. II. FIOCRUZ
Brasília. III. Título.

CDD 613.0424481

Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues

Análise do estado nutricional de mulheres inscritas no Programa Bolsa Família, no período de 2018 a 2019, nas 5 macrorregiões do Brasil.

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 27/05/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Erika Barbosa Camargo. Orientadora - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Dra. Flávia Tavares Silva Elias - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Dra. Michele Lessa de Oliveira - Fundo Nacional de Desenvolvimento Econômico - FNDE

Dra. Daniela Sanches Frozi - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Dedico este trabalho à minha amada avó **Maria Olinda** (in memoriam), que me doou amor incondicional, me ensinou a ter coragem e fé e sempre esteve ao meu lado.*

*À minha mãe **Maria Luisa**, por sua preocupação, cuidado, amor e exemplo de força e resiliência, minha inspiração de “fortaleza”.*

*À minha Super **tia Terência**, por todo o incentivo, amor e, principalmente, por sempre ter confiado em mim. (“Tia, confia em mim...”).*

*À minha amada filha **Manoela**, por ser a razão de toda a determinação que tenho na vida, “Nada disso aconteceria sem a sua existência”.*

*Ao meu grande companheiro nesta vida, **Jorge Victor**, por ter me dado uma filha linda e especial, uma família, me apoiar, me compreender, me incentivar, ser paciente e nunca ter soltado as minhas mãos, ao longo de toda a nossa jornada.*

AGRADECIMENTO

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos. Gratidão por todas as dificuldades apresentadas ao longo de 41 ciclos de verão, pois elas sempre me ajudaram a seguir em frente.

A minha Orientadora, Érika Camargo, que me acolheu com carinho e me concedeu suporte para este feito.

A Fabiana Azevedo, por me apoiar incondicionalmente e mostrar cuidado e preocupação, desde o início.

Ao meu amigo Lucas Agustinho, pelos momentos de escuta, por todo o apoio e “puxões de orelha”, providenciais.

A Maria da Penha Francesco Ferrer, por ter me acolhido e proporcionado descobrir um caminho especial... é a mentora deste estudo, desde o final da minha graduação em Nutrição.

A Danielle Keylla Alencar, por quem tenho especial admiração e carinho, gratidão pelo incentivo e apoio com a leitura e interpretação (por áudio) de um texto de Paim, minutos antes da seleção para o Mestrado...

A minha “menina peluda” Cleo (cadelinha), por ter me ensinado sobre a importância de não desistir nunca e me mostrar que o amor é capaz de tudo... Gratidão por ter sido forte e ficado conosco. Lutamos juntas pela vida.

Aos meus colegas de trabalho, por serem compreensivos, amorosos e permitirem dividir a peleja com eles.

A esta banca formada: Daniela Frozi, Michele Lessa e Flávia Elias, pelo aceite e por serem mulheres fortes, transformadoras e motivadoras.

A vida, por mais um dia especial.

*“A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois
desinquieta. O que ela quer da gente é
coragem.”
(Guimarães Rosa)*

RESUMO

Introdução: A manifestação simultânea de desnutrição, sobrepeso e obesidade, definida como múltipla carga de má nutrição, afeta principalmente as famílias de baixa renda, dentre elas, as atendidas pelo Programa Bolsa Família. Verifica-se que, no Brasil, ao longo dos últimos anos, houve o aumento das prevalências do consumo de alimentos ultraprocessados e a redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados pela população brasileira, e isto contribui para a múltipla carga da má nutrição. **Objetivo:** Analisar o estado nutricional e o consumo alimentar de mulheres (14 a 44 anos) do Programa Bolsa Família acompanhadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil e Regiões entre 2018 e 2019. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado com dados secundários de sistemas de informação. **Resultados:** Avaliou-se 22.753.017 registros de mulheres, para todas as variáveis relacionadas ao estado nutricional (IC_{95%}). Comparando-se as regiões, identifica-se que a Região Sul apresentou maior prevalência de excesso de peso e a Região Nordeste de desnutrição. No Brasil, analisando-se os marcadores de consumo alimentar saudável das mulheres do Programa Bolsa Família (n=271.112), houve baixas prevalências no consumo médio de feijão em 2018 e em 2019 (84,60%; 83,6%), de frutas (69,3%; 68,8%) e de verduras (69,7%; 68,90%). **Conclusões:** Os achados reiteram a existência da múltipla carga da má nutrição em mulheres do PBF acompanhadas na APS e corroboram para a necessidade de investir em políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional, em especial, voltadas para as famílias de baixa renda.

Palavras-chave: Programa Bolsa Família; Estado Nutricional; Mulheres; Sobrepeso; Obesidade; Dupla Carga de Má Nutrição; Múltipla Carga de Má Nutrição.

ABSTRACT

Introduction: The simultaneous manifestation of malnutrition, overweight and obesity, defined as multiple burden of malnutrition, mainly affects low-income families, among them, those assisted by the Bolsa Família Program. It has been verified that in Brazil, over the last few years, there has been an increase in the prevalence of consumption of ultra-processed foods and a reduction in the consumption of fresh and minimally processed foods by the Brazilian population, and this contributes to the multiple burden of malnutrition. **Objective:** To analyze the nutritional status and food consumption of women (14 to 44 years) of the Bolsa Família Program followed up in Primary Health Care in Brazil and Regions between 2018 and 2019. **Methods:** This is a descriptive, cross-sectional study conducted with secondary data from information systems. **Results:** We evaluated 22,753,017 records of women, for all variables related to nutritional status (95% CI). Comparing the regions, we identified that the South Region presented a higher prevalence of overweight and the Northeast Region of malnutrition. In Brazil, analyzing the markers of healthy food consumption of women in the Bolsa Família Program (n=271,112), there were low prevalences in the average consumption of beans in 2018 and 2019 (84.60%; 83.6%), fruits (69.3%; 68.8%) and vegetables (69.7%; 68.90%). **Conclusions:** The findings reiterate the existence of the multiple burden of malnutrition in PBF women followed up in the PHC and corroborate the need to invest in Food and Nutrition Security public policies, especially focused on low-income families.

Keywords: Bolsa Familia Program; Nutritional status; Women; Overweight; Obesity; Double Burden of Malnutrition; Multiple Burden of Malnutrition.

RESUMEN

Introducción: La manifestación simultánea de desnutrición, sobrepeso y obesidad, definida como carga múltiple de desnutrición, afecta principalmente a las familias de bajos ingresos, entre ellas, las atendidas por el Programa Bolsa Família. En Brasil, en los últimos años, se ha producido un aumento de la prevalencia del consumo de alimentos ultraprocesados y una reducción del consumo de alimentos frescos y mínimamente procesados por parte de la población brasileña, lo que contribuye a la carga múltiple de la malnutrición. **Objetivo:** Analizar el estado nutricional y el consumo de alimentos de las mujeres (14 a 44 años) del Programa Bolsa Família seguidas en Atención Primaria de Salud en Brasil y Regiones entre 2018 y 2019. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado con datos secundarios de los sistemas de información. **Resultados:** Se evaluaron 22.753.017 registros de mujeres, para todas las variables relacionadas con el estado nutricional (IC 95%). Comparando las regiones, se identificó que la Región Sur mostraba una mayor prevalencia de sobrepeso y la Región Noreste de desnutrición. En Brasil, analizando los marcadores de consumo de alimentos saludables de las mujeres del Programa Bolsa Família (n=271.112), hubo bajas prevalencias en el consumo promedio de frijoles en 2018 y 2019 (84,60%; 83,6%), frutas (69,3%; 68,8%) y verduras (69,7%; 68,90%). **Conclusiones:** Los hallazgos reiteran la existencia de la carga múltiple de la desnutrición en las mujeres de la PBF seguidas en la APS y corroboran la necesidad de invertir en políticas públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, especialmente enfocadas en las familias de bajos ingresos.

Palabras clave: Programa Bolsa Familia; Estados nutricionales; Mujeres; Exceso de peso; Obesidad; Doble carga de desnutrición; Carga múltiple de desnutrición.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estruturação da pergunta de pesquisa com base no acrônimo ECLIPSE 58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos alimentos segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.....	35
Quadro 2 - Dez passos para uma alimentação adequada e saudável.....	36
Quadro 3 - Tipos de benefícios e valores previstos no Programa Bolsa Família.	50

ABREVIATURAS

Sigla	Significado
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BFA	Sistema de Gestão de Bolsa Família na Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CADÚNICO	Cadastro único
CAISAN	Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CCT	Conditional Cash Transfer
CEF	Caixa Econômica Federal
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EN	Estado Nutricional
GBD	Global Burden of Disease Brazil
IMC	Índice de Massa Corporal
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NIS	Número de Identificação Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OPHI	Oxford Poverty and Human Development Initiative
PAHO	Pan American Health Organization
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBF	Programa Bolsa Família
PLANSAN	Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSD	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares

Sigla	Significado
PP	Políticas Públicas
PTCR	Conditional Cash Transfer Programs
PubMed	United States National Library of Medicine
SCFV	Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E SEUS IMPACTOS	24
2.2 MARCOS POLÍTICOS SOBRE A AGENDA DE ALIMENTAÇÃO NO BRASIL.....	31
2.3 DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	34
2.4 MARCOS POLÍTICOS COM ENFOQUE NA SAÚDE DA MULHER	37
2.5 CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CULTURAIS DAS MULHERES BRASILEIRAS	39
2.6 FATORES ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM MULHERES.....	42
2.7 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E AS MULHERES INSCRITAS E ACOMPANHADAS	46
2.8 HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	53
2.9 O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) E INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA PBF	54
2.10 PERGUNTA DE PESQUISA	58
3 OBJETIVOS	59
3.1 OBJETIVO GERAL	59
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	59
4 METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS	60
4.1 AMOSTRA	60
4.1.1 Justificativa.....	61
4.1.2 Avaliação do Estado Nutricional	61
4.1.3 Marcadores de Consumo Alimentar	62
4.1.4 Variáveis sociodemográficas	62
4.1.3 Banco de dados.....	63
4.1.5 Análise Estatística.....	63
4.1.4 Aspectos Éticos	64
5 RESULTADOS	65
6 REFERÊNCIAS	84
7 APÊNDICE	93
7.1 TABELA DE SUPLEMENTO	94

8 ANEXO	103
8. 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FIOCRUZ-BRASÍLIA.....	103
8.2 FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN.....	106
8.3 FICHA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR.....	107

1. APRESENTAÇÃO

A múltipla carga de má nutrição, em todas as suas formas, inclui a desnutrição (baixo peso, baixa estatura, deficiências ou insuficiências de micronutrientes), o sobrepeso, a obesidade, e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas à alimentação (como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer) (1). Trata-se de um problema global, que afeta a população em várias fases da vida e, especialmente, grupos de pessoas atingidas pela pobreza, crianças, adolescentes, idosos, pessoas com doenças e com sistema imunológico comprometido, bem como lactantes e mulheres grávidas (1)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente, uma em cada três pessoas no mundo sofre com pelo menos uma forma de má nutrição. Em 2014, aproximadamente 462 milhões de adultos em todo o mundo estavam abaixo do peso, enquanto 1,9 bilhões estavam com sobrepeso ou obesos. Em 2016, cerca de 41 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com sobrepeso ou obesidade e 159 milhões estavam desnutridas cronicamente. Fatores relacionados à nutrição contribuem para cerca de 45% das mortes em crianças com idade inferior a 5 anos (principalmente devido à desnutrição), enquanto países de baixa e média renda apresentam um aumento simultâneo do excesso de peso e da obesidade na infância. Somando-se a esse montante estão os 528 milhões ou 29% de mulheres em idade reprodutiva, em todo o mundo, afetadas pela anemia, para as quais aproximadamente metade seria receptiva à suplementação de ferro (2).

A prevalência mundial de sobrepeso e de obesidade tem produzido impactos negativos na saúde e na economia, para a maioria dos países, pois é responsável por elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida e alto grau de limitação para os indivíduos, resultando no agravamento de iniquidades sociais e de pobreza, uma vez que tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e terem menor acesso aos serviços de saúde (3).

A transição nutricional, caracterizada pelo inadequado padrão alimentar, com aumento do consumo de alimentos ultra processados e redução de alimentos in natura e minimamente processados, está ligada às rápidas transformações demográficas, mudanças alimentares e alterações metabólicas observadas em nível populacional, além de um importante incremento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo a epidemia de obesidade observada como um fenômeno global que vem ocorrendo tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento (4,5).

A manifestação simultânea de desnutrição, sobrepeso e obesidade, definida como dupla carga de desnutrição (DBM), afeta a maioria dos países de baixa e média renda. O Relatório Global de Nutrição de 2018 constatou que, de 141 países, 83 (59%) tinham cargas duplas de má nutrição (alta prevalência de duas das três condições nutricionais: desnutrição infantil a partir do indicador antropométrico de altura para idade (*stunting*), anemia e sobrepeso em mulheres (6). O atual contexto de alteração do estado nutricional da população é impulsionado pelo aumento do desenvolvimento econômico e pela transição nutricional simultânea, que leva a mudanças na alimentação e pode ser analisado e descrito individualmente, por família, por comunidade e em níveis nacionais, dentro de uma população de adultos, crianças ou uma combinação dos dois (6–9).

O grau e a distribuição desse problema multifatorial, em diferentes populações, estão associados aos fatores relacionados à escolaridade e à idade do chefe de família, assistência à saúde, sanitização do meio, condições de moradia e renda familiar. Mas entre os diferentes fatores, a baixa renda familiar e a pobreza têm sido identificadas como os seus principais determinantes (10,11).

Segundo o relatório anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019), cerca de 4% da população brasileira se encontrava em situação de pobreza multidimensional em 2015. O dado faz parte do mais recente relatório do

PNUD e da Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI), o Índice de Pobreza Multidimensional Global 2019 (IPM), que aponta as disparidades relacionadas à forma como as pessoas vivenciam a pobreza. Cerca de 2,2 bilhões de pessoas no mundo estão em situação de pobreza, ou se encontram a ponto de estar, entre elas, mais de um terço da população. Ainda segundo o relatório da PNUD, entre as pessoas afetadas pela pobreza, 842 milhões têm crise de fome crônica, representando 12% da população mundial (12).

A pobreza e a pobreza extrema são fenômenos mundiais e suas principais causas estão relacionadas à desigualdade. Para aumentar a proteção social e reduzir tais contrastes, os países recorreram aos programas de transferência de renda, nas últimas duas décadas (14). As evidências mostram que os programas de transferência de renda desempenham um papel fundamental na redução das desigualdades de renda e no aumento do acesso aos serviços básicos de saúde e educação. Em países em desenvolvimento, vários estudos mostraram que a diminuição das desigualdades de renda está associada ao aumento da renda das famílias pobres que receberam transferência de dinheiro, entre outras políticas públicas. Esses programas fornecem renda adicional que permite ao grupo-alvo aumentar o consumo geral (13,14).

A má alimentação, a fome e as consequências delas decorrentes, representam argumentos favoráveis às políticas de transferência de renda. Nesse aspecto, os programas de transferências condicionais de renda, como o Bolsa Família, configuram potenciais instrumentos de promoção da segurança alimentar e nutricional dos indivíduos pobres (15).

Neste sentido, há vários exemplos de países que usam programas de transferências condicionadas de renda, com o objetivo de reduzir os problemas associados à desnutrição. México, Colômbia, Equador, Chile, Portugal e Brasil são exemplos de países que utilizam esses programas com o intuito de amenizar as dificuldades sociais, dentre elas a desnutrição (16).

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pela Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004; e

possui três eixos principais: complemento da renda, acesso a direitos e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias (17,18).

O PBF foi criado com o objetivo de promover a redução da pobreza e a sua superação em médio e longo prazo, através da transferência de renda e da criação de oportunidades de inserção socioeconômica para as famílias inscritas no programa (19). O programa prioriza como público-alvo de suas ações as famílias em situação de extrema pobreza e pobreza, considerando sua renda per capita de R\$ 85,00 ou de R\$ 85,01 a R\$170,00 desde que possuam crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos (20).

O Programa é hoje o maior no que tange a transferência de renda condicionada no mundo e tornou-se uma das principais ações da política social do Estado, responsável pelo acompanhamento na saúde de mais de 13 milhões de mulheres, anualmente (21,22).

Segundo a PNAD, em 2017, 70% dos pobres e dos extremamente pobres eram inscritos no PBF. A redução observada nesse ano foi de 25% para a extrema pobreza e de 15% para a pobreza. Assim, nada menos que 64% dos beneficiários que estavam extremamente pobres antes do PBF permaneceram extremamente pobres depois da transferência (23).

Em geral, as famílias que vivem em extrema pobreza, com e sem auxílio de programas de transferência de renda apresentam semelhanças no que diz respeito às estratégias para lidar com a escassez de alimentos e, conseqüente insegurança alimentar e nutricional. As famílias inscritas em tais programas possuem maiores proporções de responsáveis familiares femininas, jovens e com baixa escolaridade e menores proporções de famílias com quatro ou mais membros (24).

Desde a sua criação, o PBF prioriza as mulheres como responsáveis pelo recebimento do benefício financeiro e principais gestoras dos recursos do programa, em nome da família, uma vez que são as representantes legais, ou seja, as principais destinatárias para

receber o benefício em nome da família; o que não retira o papel do homem beneficiário também (25).

As mulheres são a maioria da população brasileira (51,8%), segundo dados da PNAD Contínua de 2019, e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (28). Ainda, conforme resultados da pesquisa, a população feminina demonstrou elevada prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade (23). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) aponta que, entre as DCNT analisadas no inquérito, a maioria foi referida pelas mulheres e as pessoas com doenças crônicas relataram pior autoavaliação da sua saúde (26).

As mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis são mais susceptíveis às DCNT e seus fatores de risco, desta forma, existe ainda um importante hiato no que tange a possíveis iniquidades (30). Por outro lado, poucos estudos abordam a relevância das DCNT entre as mulheres em idade reprodutiva (30,31), pois pesquisas sobre esse grupo específico tem abordagem predominante sobre as questões reprodutivas, como planejamento familiar, pré-natal, prevenção e rastreamento de cânceres ginecológicos. As pesquisas que tratam das DCNT demonstram o quanto esses agravos acometem as mulheres de maneira crescente, mesmo sendo jovens, e, conseqüentemente, afetam as questões reprodutivas (27–29).

Estudo prévio com dados do Inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel) revelou que mulheres em idade reprodutiva com baixa escolaridade eram mais inativas, tabagistas e hipertensas (30). As doenças cardiovasculares também são tratadas e prevenidas com menor intensidade entre as mulheres, principalmente entre aquelas em vulnerabilidade social (31).

É importante considerar os resultados dos estudos que demonstram que diversos indicadores de DCNT têm pior desempenho entre as mulheres em idade reprodutiva e inscritas

no PBF. Porém, essa não é uma relação causal e argumenta-se sobre a importância do PBF como um marcador de desigualdade entre as mulheres (31).

Neste sentido, o atual contexto demográfico e epidemiológico brasileiro revela a necessidade de monitoramento contínuo e sistemático da evolução do perfil do estado nutricional e do consumo alimentar da população brasileira. No entanto, poucos são os estudos que se dedicaram em avaliar a situação de alimentação e nutrição exclusivamente de mulheres em idade fértil (14 a 44 anos), que vivem no contexto de pobreza e extrema pobreza e que são inscritas em programa de transferência de renda, considerando todas as particularidades desta fase do ciclo da vida e sua influência na condição de saúde.

Assim, esta dissertação trata do perfil nutricional de mulheres inscritas no Programa Bolsa Família, em idade fértil (14 a 44 anos) acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, nas cinco macrorregiões do Brasil, no período de 2018 a 2019.

O referencial teórico apresenta as evidências científicas que conduziram esta pesquisa e inclui a situação alimentar e nutricional da população brasileira e seus impactos, os marcos políticos sobre a agenda de alimentação e nutrição no Brasil e com enfoque na saúde da mulher no Brasil, a agenda de alimentação e nutrição no Brasil, a trajetória da Vigilância Alimentar e Nutricional, os fatores associados à alimentação e nutrição em mulheres, bem como a atual situação alimentar e nutricional de mulheres inscritas no Programa Bolsa Família, acompanhadas na Atenção Primária no Brasil.

A pergunta de pesquisa que orientou a elaboração deste trabalho é apresentada posteriormente e, em seguida, o objetivo geral e objetivos específicos e a metodologia do estudo.

Os resultados foram apresentados na forma de artigo científico intitulado “Perfil do estado nutricional e o consumo alimentar de mulheres cadastradas no Programa Bolsa Família, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2018 a 2019”, que se será

submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde (RESS).

As considerações finais resumem os principais achados do trabalho e sua contribuição para produção científica e, conseqüente, implicação para as Políticas Públicas de saúde, tendo como foco a melhoria do cuidado ofertado às mulheres inscritas no Programa Bolsa Família, no SUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SITUAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E SEUS IMPACTOS

Nas últimas décadas, o Brasil passou por inúmeras transformações econômicas e sociais que levaram ao importante crescimento das prevalências do excesso de peso, obesidade e outras doenças crônicas relacionadas à alimentação e nutrição, caracterizando um cenário de dupla carga de insegurança alimentar e nutricional no país (32).

Tal cenário pode ser explicado, entre outros fatores, pelo inadequado padrão alimentar, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e redução de alimentos in natura e minimamente processados, observado em todas as faixas etárias e estratos de renda (33–35).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017-2018), módulo de Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, apontou que nas Regiões Sul e Sudeste e entre famílias com maior renda, embora os alimentos in natura ou minimamente processados e ingredientes culinários processados sejam predominantes, o consumo de alimentos ultraprocessados representa mais de um quinto das calorias adquiridas pelos domicílios. Nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a ingestão de alimentos ultraprocessados corresponde, respectivamente, a 11,4%, 14,4% e 16,6% do total de calorias (36).

Sobre o consumo alimentar pessoal em todo o país, o inquérito demonstrou que houve redução do consumo de feijão; aumento do consumo de preparações (sanduíches), em todas as regiões do País e em todas as classes de renda; o consumo de frutas, verduras e legumes apresentou pequena redução entre a POF de 2008-2009 e a POF 2017-2018 e continua muito aquém do recomendado. A redução na frequência do consumo de frutas foi maior no quarto de renda mais baixa; o conteúdo em fibra da dieta se reduziu, nos dois sexos e em todas as faixas

etárias, porém a maior redução ocorreu entre as mulheres idosas (24%); as médias de consumo diário de açúcar de adição (açúcar de mesa e o adicionado à preparações e alimentos processados e ultraprocessados), aumentaram nos três grupos etários e em ambos os sexos, sendo esse incremento mais pronunciado entre os adolescentes; adolescentes apresentaram consumo mais elevado do que adultos e idosos de macarrão instantâneo, biscoito recheado, biscoito doce, salgadinhos chips, linguiça, salsicha, mortadela, presunto, chocolates, achocolatados, sorvete/picolé, sucos, refrescos/sucos industrializados, refrigerantes, bebidas lácteas, pizzas, salgados fritos e assados e sanduíches; a maior participação de alimentos ultraprocessados, em relação ao total calórico, foi para adolescentes (26,7%), sendo intermediária entre adultos (19,5%) e menor entre idosos (15,1%) (32).

A pesquisa também destacou os percentuais de inadequação da ingestão de micronutrientes: a ingestão de riboflavina em adultos do sexo feminino passou de 36,6% para 51,4%. Elevações superiores a 5 pontos percentuais foram verificadas para folato no sexo feminino das três faixas etárias analisadas e idosos do sexo masculino, fósforo e magnésio nas adolescentes do sexo feminino, vitamina A nos adultos do sexo feminino, cobalamina em adultos e idosos do sexo feminino e idosos do sexo masculino, riboflavina em todas as faixas etárias de ambos os sexos e zinco nos idosos de ambos os sexos (32).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, apontou que as estimativas de prevalência de déficit de peso na população com 18 anos ou mais de idade foi 1,6%, (1,7% para homens e 1,5% para mulheres), ficando, portanto, bem abaixo do limite de 5% esperado, na população, para indivíduos constitucionalmente magros. Essa prevalência é sempre um pouco mais elevada para o sexo masculino, quando observada a estratificação da população adulta por grupos de idade, exceto no grupo de 60 anos ou mais de idade, que, nas mulheres (2,9%), foi ligeiramente maior que a observada entre os homens (2,2%) (37).

Sobre a relação do estado nutricional e seus impactos, a elevada prevalência de obesidade é fator de risco para o desenvolvimento de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associada à perda de qualidade de vida e maiores custos ao sistema de saúde (40). O custo financeiro da obesidade com hospitalizações e gastos ambulatoriais, em 2011, foi estimado em R\$ 488 milhões. Em 2018, esse mesmo custo aumentou 37%, totalizando R\$ 669 milhões. Os custos atribuíveis à hipertensão arterial, diabetes e obesidade no Brasil totalizaram R\$ 3,45 bilhões em 2018, considerando gastos do SUS com hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos (35,38,39).

Importante se faz ressaltar que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada ao SUS e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde. É responsável por um conjunto de ações que, em âmbito individual e coletivo, respondem às necessidades de intervenções em saúde, contemplando ações de “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” (40). É nesse primeiro ponto que os usuários são cadastrados e recebem os primeiros atendimentos (37).

Conforme os dados oficiais do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB, existiam mais de 110 milhões de pessoas cadastradas na Atenção Primária à Saúde até abril de 2020 e, segundo a PNS 2019, 17,3 milhões de pessoas de 18 anos ou mais de idade procuraram algum serviço da APS (31).

De acordo com o Atlas da situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde, 12.776.938 de adultos foram acompanhados na Atenção Primária à Saúde, 63% apresentaram excesso de peso e 28,5% apresentaram obesidade, em 2019. Isso significa que, cerca de 8 milhões desses adultos apresentaram excesso de peso e 3,6 milhões apresentaram obesidade, em 2019 (39).

Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e estratificação por sexo, em 2019, apontam que 11.209.406 mulheres foram acompanhadas e tiveram registro nos sistemas de informação da Atenção Primária, totalizando 63,2% de excesso de peso (34,1% de sobrepeso e 29,1% de obesidade) e 1.567.532 homens foram acompanhados e registrados nos sistemas da APS, dos quais 61,4% apresentaram excesso de peso (37,5% de sobrepeso e 23,9% de obesidade) (39).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, referentes à análise do excesso de peso da população adulta por grupos de idade (18 a 60 anos e mais), estimaram que 60,3%, ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas apresentaram $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, indicando uma prevalência maior de excesso de peso entre os adultos do sexo feminino (62,6%) do que entre os do sexo masculino (57,5%). Observa-se que a prevalência de excesso de peso aumenta com a idade, em ambos os sexos, ultrapassando os 50% na faixa etária de 25 a 39 anos, sendo um pouco mais elevada entre os homens (58,3%) do que entre as mulheres (57,0%). Com exceção do grupo de idade de 25 a 39 anos, o excesso de peso foi mais prevalente entre as mulheres. Ainda que seja observado um declínio desta prevalência no grupo de idade dos adultos de 60 anos ou mais, o excesso de peso manteve-se mais prevalente entre as mulheres. A obesidade, caracterizada por $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres (37).

A partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em suas edições de 2002-2003 e 2008-2009, e da PNS, em suas edições de 2013 e 2019, apresenta a evolução do perfil antropométrico da população adulta (homens e mulheres) de 20 anos ou mais de idade. A prevalência de excesso de peso estimada para o público referido aumentou continuamente ao longo das quatro pesquisas, em ambos os sexos, sendo um pouco mais acentuada entre as mulheres, principalmente a partir da PNS 2013, quando tal prevalência ultrapassou a dos homens (41).

O comportamento da prevalência de obesidade ao longo dos 17 anos decorridos entre a POF 2002-2003 e a PNS 2019, por sua vez, foi similar ao da prevalência de excesso de peso, ou seja, aumentou gradativamente, porém de modo mais acentuado, chegando, em 2019, a superar o dobro dos valores registrados em 2002-2003, tanto entre os homens (de 9,6% para 22,8%) quanto entre as mulheres (de 14,5% para 30,2%). Em todas as quatro pesquisas consideradas, a prevalência de obesidade entre as mulheres foi mais elevada que a observada entre os homens (37).

Segundo o inquérito telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), desde o início do monitoramento, em 2006, o maior aumento é o da obesidade, que saltou de 11,8% para 20,3% em 2019. Ao considerar o excesso de peso, 55,4% dos brasileiros encontram-se nessa situação. De acordo com a faixa etária, o excesso de peso tende a aumentar, sendo 30,4% para os jovens de 18 a 24 anos e 59,8% entre adultos com 65 anos ou mais (30).

A escolaridade é um fator que contribui para diminuição da incidência do excesso de peso: 61% para pessoas com até oito anos de estudo e 52,2% para aqueles com 12 ou mais anos de estudo. A pesquisa também apontou que 7,4% dos brasileiros são diabéticos e 24,5% hipertensos (42).

Considerando que a dieta inadequada está entre os principais fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis, principal causa de morte e adoecimento no mundo, esta deve ser o foco das políticas públicas de alimentação e nutrição para prevenir e controlar condições e agravos de saúde com elevada carga para o sistema de saúde (46). Desta forma, a VIGITEL apresenta o resultado dos indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis de alimentação (frutas e hortaliças, feijão e alimentos não ou minimamente processados que são protetores para doenças crônicas) e

marcadores de padrões não saudáveis de alimentação (refrigerantes e alimentos ultraprocessados), em todo o território nacional (42).

Em 2019, conforme levantamento do inquérito, o consumo regular de frutas e hortaliças foi observado em 34,3% na população avaliada, sendo mais frequente entre as mulheres (39,8%) do que entre os homens (27,9%). A idade e o nível de escolaridade relacionaram-se de forma direta para essa variável, ou seja, entre indivíduos com maior escolaridade e idade foi verificada maior prevalência de consumo regular. No que diz respeito ao consumo recomendado de frutas e hortaliças, este esteve presente em 22,9% dos indivíduos avaliados. O consumo regular de refrigerantes esteve presente em 15% da população estudada, sendo mais frequente nos homens (18,3%), em comparação às mulheres (12,3%) (42).

Ainda em relação ao consumo alimentar, pela primeira vez, foram coletados dados referentes ao consumo no dia anterior, de alimentos in natura ou minimamente processados e de alimentos ultraprocessados, a categorização adotada no Guia Alimentar para a População Brasileira, o consumo de cinco ou mais alimentos in natura ou minimamente processados, protetores contra o desenvolvimento de doenças crônicas, esteve presente em 29,8% da população estudada enquanto o consumo de cinco ou mais alimentos ultraprocessados, em 18,2%. O consumo de alimentos in natura ou minimamente processados foi menos frequente entre os homens (26,6%) do que entre as mulheres (32,3%), ao passo que o consumo de alimentos ultraprocessados foi menos frequente no sexo feminino (15,1%), comparado ao sexo masculino (21,8%) (42).

A insegurança alimentar pode piorar a qualidade da dieta e, conseqüentemente, aumentar o risco de várias formas de má nutrição, levando potencialmente à desnutrição, além de sobrepeso e obesidade. Em nível global, a prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave é maior entre as mulheres do que entre os homens, com diferenças significativas encontradas entre 2014 e 2019 para a África e América Latina. Em apenas 3 anos, a

porcentagem da população brasileira afetada pela insegurança alimentar moderada e aguda aumentou 13%. No ano de 2016, o número de pessoas que ingeriam menos calorias do que o necessário para uma vida saudável era de 37,5 milhões no Brasil, e saltou para 43,1 milhões em 2019 (43).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, retrata que a insegurança alimentar grave esteve presente no lar de 10,3 milhões de pessoas ao menos em alguns momentos entre 2017 e 2018. Dos 68,9 milhões de domicílios do país, 36,7% estavam com algum nível de insegurança alimentar, atingindo, ao todo, 84,9 milhões de pessoas. Mais da metade dos domicílios com insegurança alimentar grave são chefiados por mulheres (51,9%) e o homem é a pessoa de referência em 61,4% dos domicílios em situação de segurança alimentar (32).

Nesse sentido, as iniciativas e políticas públicas, considerando as diferentes dimensões da Segurança Alimentar e Nutricional, devem garantir ações que contemplem tanto o componente alimentar (disponibilidade, produção, comercialização e acesso aos alimentos) como o componente nutricional (relacionado às práticas alimentares e utilização biológica dos alimentos). Para tanto, é necessária a mobilização de diferentes setores da sociedade (tais como: agricultura, abastecimento, educação, saúde, desenvolvimento e assistência social, trabalho) que contribuam para a promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (44).

A alimentação é reafirmada enquanto um dos determinantes e condicionantes de saúde na Lei nº 8080, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece, enquanto competência da direção nacional do SUS, formulação, avaliação e apoio às políticas de alimentação e nutrição, bem como, em caráter complementar, a atuação dos Estados e Municípios na área. No tópico a seguir, serão pautados os principais normativos nacionais relacionados à alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde, nas últimas décadas (45).

2.2 MARCOS POLÍTICOS SOBRE A AGENDA DE ALIMENTAÇÃO NO BRASIL.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), ainda que operacionalizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), surge em 1999 como uma política pública que objetiva ações de enfrentamento da insegurança alimentar e nutricional da população brasileira. A primeira edição da PNAN foi pioneira ao adotar como princípio a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Dando resposta e consequência às recomendações políticas da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição e da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (46–48).

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), por Segurança Alimentar e Nutricional – SAN entende-se a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (48). Os compromissos assumidos pelo Governo Federal desde 2003, ao objetivar o combate à fome e à miséria no país, trilharam a construção da agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) enquanto uma política de Estado, num amplo processo intersetorial e com participação da sociedade civil, definindo os marcos legais e institucionais dessa agenda – como a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); a recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); a instalação da Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); e a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015) (48) .

Entre 2000 e 2012, o Brasil apresentou avanços sociais relacionados à Segurança Alimentar e Nutricional, como a política de valorização do salário mínimo, o aumento do crédito e do emprego formal e a reconstrução e ampliação de uma matriz de políticas sociais.

Houve a consolidação da rede de proteção social; o reconhecimento e a garantia dos direitos sociais básicos nas políticas públicas, com a consequente expansão da oferta de serviços públicos; e o avanço na institucionalização da política de segurança alimentar e nutricional (49).

O êxito logrado pelo combate à fome no Brasil, tendo como base uma política massiva de transferência de renda e de valorização do salário mínimo, mostrou como no Brasil a questão do não acesso aos alimentos pela população pobre e extremamente pobre esteve vinculada à ausência de renda. Um importante fator que contribuiu para o aumento do acesso a alimentos pela população e a redução da pobreza e extrema pobreza foi o fortalecimento do gasto público federal em políticas sociais entre 2000 e 2012. Em 2012, alcançou R\$ 744 bilhões, o que correspondeu a 16,9% do Produto Interno Bruto. Esse valor representa um crescimento real de 128,2% com relação a 2000 (50).

A consolidação do conceito de “alimentação adequada e saudável” deu-se nos anos de 2006/2007 a partir de amplo debate no Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA, 2007) e passou a integrar documentos sociais de diversos setores, inclusive do setor da saúde. Compreende-se alimentação adequada e saudável como:

prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Deve estar de acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; ser acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis; com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (51).

O SISAN foi instituído em 2006 pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional com o objetivo de assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Desde a sua criação, avanços legais e institucionais têm garantido a sua construção como estrutura responsável pela implementação e gestão participativa da Política Nacional de

Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito federal, estadual e municipal e as suas instâncias interagem e funcionam plenamente na esfera Nacional (48,52,53).

Em 2010, por meio da Emenda Constitucional nº 64, a alimentação passou a constituir o rol de direitos sociais garantidos no artigo 6º da Constituição Federal brasileira (55). Entende-se por direito humano à alimentação adequada a garantia de “acesso regular, permanente e irrestrito, quer diretamente ou por meio de aquisições financeiras, a alimentos seguros e saudáveis, em quantidade e qualidade adequadas e suficientes, correspondentes às tradições culturais do seu povo e que garantam uma vida livre do medo, digna e plena nas dimensões física e mental, individual e coletiva” (53).

As inovações nos mecanismos de gestão e organização da atenção à saúde adotadas no SUS, com a estruturação das Redes de Atenção em Saúde (RAS) e as responsabilidades do setor saúde para promoção de SAN junto ao SISAN, nortearam o processo de revisão da PNAN, realizado entre os anos de 2010 e 2011 (56). Desta forma, em consonância e com vistas a contribuir com os direitos fundamentais à saúde e à alimentação, à promoção da Segurança Alimentar e Nutricional, em 2011, foi atualizada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tem como propósito a “melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição” (51).

Outro acontecimento importante e concreto na busca pela integralidade na agenda da Alimentação e Nutrição foi a proposição de uma linha de cuidado para a prevenção e o controle do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria nº 424 GM/MS de 19 de março de 2013), um dos produtos assumidos pelo Plano de Ação Estratégica para enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011 (54,55).

2.3 DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil, as diretrizes e recomendações para a alimentação da população brasileira são expressas em guias alimentares, sendo o Guia Alimentar para a População Brasileira destinado a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 2 anos, e o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos que contém as orientações da alimentação das crianças nos primeiros dois anos de vida (59,60).

A formulação e atualização periódica das diretrizes nacionais de alimentação são recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, tendo em vista a alteração do padrão alimentar, o perfil de morbimortalidade e a atualização científica na área (61). Dessa maneira, em 2011, deu-se início ao processo de atualização das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, cuja primeira versão havia sido publicada em 2006, e que culminou na sua publicação em 2014. Além de ser compreendido como potente instrumento para a promoção da alimentação saudável no âmbito individual e coletivo, reafirmado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde, caracteriza-se ainda como importante indutor de políticas públicas com foco no fomento, apoio e proteção da saúde e da segurança alimentar e nutricional da população brasileira (51,56,57).

Dessa maneira, o guia apresenta alguns princípios que nortearam sua elaboração; recomendações gerais que devem orientar a escolha dos alimentos; orientações de como combinar alimentos em forma de refeições, sobre o ato de comer e a comensalidade e, por fim, apresenta possíveis obstáculos e estratégias para superar e garantir a adesão às recomendações trazidas no documento. Este guia propõe um olhar abrangente da alimentação, considerando, além dos nutrientes, alimentos e suas combinações, as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares e sua relação com a sustentabilidade do sistema alimentar (56).

Assim, de maneira pioneira no mundo, o Brasil adotou a nova classificação de alimentos baseada no nível de processamento (Quadro 2), que ultrapassa a composição nutricional do alimento, apresentando suas recomendações para uma alimentação saudável, expressas no Guia Alimentar para a População Brasileira (58).

Quadro 1 - Classificação dos alimentos segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Classificação	Definição	Exemplos
In natura ou minimamente processados	Os alimentos in natura são obtidos diretamente de plantas ou animais, e não sofrem qualquer modificação após deixarem a natureza. Os alimentos minimamente processados são alimentos in natura que passam por processos importantes, como remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fermentação, pasteurização ou congelamento, para chegarem com qualidade ao consumidor. As alterações são mínimas. Esses alimentos não recebem sal, açúcar, óleos, gorduras, nem outros ingredientes.	<ul style="list-style-type: none"> • hortaliças (legumes e verduras) e frutas in natura ou embaladas, fracionadas, refrigeradas ou congeladas; • arroz, milho (em grão ou na espiga) e outros cereais em grãos; • feijões (preto, carioca, fradinho, vermelho, guandu, branco, etc.); • cogumelos frescos ou secos; • frutas secas (ameixa, damasco, figo, etc.); • suco de fruta (natural ou pasteurizado e sem adição de açúcar ou outras substâncias); • castanhas (castanha-de-caju, castanha de baru, castanha-do-brasil), noz, amêndoa, amendoim, macadâmia, avelã (sem sal ou açúcar); • especiarias em geral e ervas frescas ou secas; • farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas, água e ovos; • carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados; • leite pasteurizado, UHT ou em pó; • iogurte (sem adição de açúcar); • chá, café, água potável; • ovos.
Ingredientes culinários	São extraídos de alimentos in natura ou outras fontes da natureza, sendo usados para temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.	<ul style="list-style-type: none"> • óleos de soja, de milho, de girassol e de canola; • azeite de oliva; • manteiga; • banha de porco; • gordura de coco; • açúcar de mesa branco, cristal, demerara ou mascavo; • açúcar de coco; • sal de cozinha refinado ou grosso.
Processados	São alimentos in natura ou minimamente processados que recebem sal, açúcar, vinagre ou óleo para, principalmente, durar mais tempo. As técnicas de fabricação incluem cozimento, fermentação, salmoura, entre outros.	<ul style="list-style-type: none"> • conservas de cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor, dentre outros legumes, preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre; • extrato ou concentrado de tomate (com sal e/ou açúcar); • frutas em calda ou cristalizadas; • geleias;

		<ul style="list-style-type: none"> • carne seca e toucinho; • sardinha e atum enlatados; • queijos; • pães feitos com farinha de trigo, fermento, água e sal.
Ultraprocessados	<p>São formulações industriais à base de ingredientes extraídos ou derivados de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido modificado) ou, ainda, sintetizados em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor, etc.). Os rótulos podem conter listas enormes de ingredientes. A maioria deles tem a função de estender a duração do alimento, ou, ainda, dotá-lo de cor, sabor, aroma e textura para torná-lo atraente. Quando presentes, ingredientes in natura ou minimamente processados aparecem em proporção reduzida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • guloseimas em geral (chocolates, pirulitos, sorvetes, etc.); • cereais matinais açucarados; • bolos e misturas para bolo; • margarina; • barras de cereal; • sopas, macarrão e temperos “instantâneos”; • molhos prontos; • salgadinhos “de pacote”; • refrescos e refrigerantes; • iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados; • bebidas energéticas; • produtos congelados e prontos para aquecimento (lasanha, pizza, nuggets, etc.); • pães, bolachas e biscoitos feitos com gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira – versão resumida (59).

As orientações contidas no guia são sintetizadas em “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável”, apresentadas a seguir, no Quadro 2.

Quadro 2 - Dez passos para uma alimentação adequada e saudável.

1	Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.
2	Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.
3	Limitar o consumo de alimentos processados.
4	Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.
5	Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia.
6	Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.
7	Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.
8	Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.
9	Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.
10	Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: Guia Alimentar para a População Brasileira (56).

A abordagem inovadora do guia alimentar brasileiro ganhou destaque internacional e muitas novas evidências começaram a surgir tendo como base a nova classificação de alimentos. Para ampliar as discussões sobre o tema internacionalmente e apoiar e promover o seu uso, o Brasil propôs a criação de uma rede internacional de guias alimentares baseados no nível de processamento de alimentos no âmbito da Década de Ação para a Nutrição (lançada pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período de 2016 a 2025, por meio da qual promove-se a colaboração entre os países da Região das Américas (58,60).

Em 2019, uma publicação da FAO intitulada “Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system” reuniu as principais evidências disponíveis até o momento utilizando a classificação NOVA de alimentos. Assim, a publicação aponta o impacto dos alimentos ultraprocessados no perfil nutricional da dieta, especialmente na maior contribuição de nutrientes críticos, incluindo açúcares livre ou adicionados, sódio, gorduras saturadas e trans; alta densidade energética e baixo ou insuficiente teor de proteínas, fibras e potássio. Apresenta ainda evidências que apontam a relação do consumo de alimentos ultraprocessados e a ocorrência ou incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) associadas a fatores dietéticos, como obesidade, doenças cardiovasculares, câncer, depressão, distúrbios gastrointestinais, fragilidade em idosos e também o risco aumentado de mortalidade por todas as causas (61).

2.4 MARCOS POLÍTICOS COM ENFOQUE NA SAÚDE DA MULHER

As mulheres constituem a maioria da população brasileira e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conformam, portanto, um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto nas condições de saúde das

mulheres. Associadas às questões referentes às relações sociais de gênero, outras variáveis como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas pelas mulheres, exigindo do SUS cada vez mais o olhar para este segmento da população (62).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde em 2004, a partir da necessidade deste Ministério de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. A PNAISM foi concebida em parceria com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres, buscando assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais e com a finalidade de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (63).

A proposta de modelo de atenção integral elaborada pela Política de Saúde da Mulher aponta para uma ampla gama de necessidades da população feminina, além das questões reprodutivas, e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das patologias, queixas e mal-estares das mulheres (64).

Seis anos após a elaboração da PNAISM, a Portaria nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Trata-se de uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e tem sido implantada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional (65).

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para o período 2013-2015 (PNPM), elaborado a partir da realização de três Conferências Nacionais (2004, 2007 e 2011), foi uma ferramenta orientadora de políticas públicas com o objetivo de reduzir as desigualdades de gênero presentes em vários níveis, setores e atividades do País e de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres em todas as fases do seu ciclo vital, garantindo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, bem como os demais direitos legalmente constituídos; e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência da saúde integral da mulher em todo o território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie, resguardadas as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração, classe social, orientação sexual e mulheres com deficiência (64).

2.5 CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS E CULTURAIS DAS MULHERES BRASILEIRAS

O perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país, considerando a diversidade que caracteriza o território, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde.

A população feminina brasileira projetada de 2015 (103.894.681) a 2019 (107.386.830), representa aproximadamente 50,77% da população total, incluindo as crianças. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, apresentaram aumento de 706.986 do ano de 2015 ao ano de 2019, e, atualmente, representam 51,8% do total da população

feminina, conformando um segmento social importante para a elaboração das políticas de saúde (66).

O estudo Estatísticas de Gênero: Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil, divulgado pelo IBGE em 2021, reforça a importância da produção de indicadores de gênero com o duplo objetivo de enriquecer o debate, proporcionando informações destacadas sobre o tema, e de corroborar a importância de se manter uma agenda pública permanente, que coloque a igualdade de gênero como um dos eixos estruturantes da formulação de políticas públicas no País. Os indicadores foram organizados em cinco domínios: Estruturas econômicas, participação em atividades produtivas e acesso a recursos; 2; Educação; Saúde e serviços relacionados; Vida pública e tomada de decisão; Direitos humanos das mulheres e meninas (67).

Sobre as estruturas econômicas, participação em atividades produtivas e acesso a recursos, a pesquisa demonstrou que, em 2019 (PNAD Contínua), a taxa de participação das mulheres com 15 anos ou mais de idade foi de 54,5%, enquanto entre os homens esta medida chegou a 73,7%, uma diferença de 19,2 pontos percentuais (28). O patamar elevado de desigualdade se manteve ao longo da série histórica e se manifestou tanto entre mulheres e homens brancos, quanto entre mulheres e homens pretos ou pardos (68).

Em relação ao nível de ocupação das pessoas de 25 a 49, a pesquisa mostra que a presença de crianças com até 3 anos de idade vivendo no domicílio é uma característica importante na determinação da ocupação das mulheres no mercado de trabalho. Entre aquelas que possuem crianças nesse grupo etário, a proporção de ocupadas em relação à parcela da população em idade de trabalhar é de 54,6%, abaixo dos 67,2% daquelas que não possuem. O nível de ocupação dos homens é superior ao das mulheres em ambas as situações, sendo inclusive maior entre os homens com crianças de até 3 anos de idade, vivendo no domicílio, situação em que a diferença para as mulheres chegou a 34,6 pontos percentuais em 2019 (67).

As mulheres pretas ou pardas com crianças de até 3 anos de idade no domicílio apresentaram os menores níveis de ocupação – menos de 50% em 2019 –, ao passo que, entre as mulheres brancas, a proporção foi de 62,6%. Para aquelas sem a presença de crianças nesta faixa etária, os percentuais foram de, respectivamente, 63,0% e 72,8% (69).

Conforme os resultados do estudo, a proporção de pessoas ocupadas em trabalho parcial em 2019, cerca de 1/3 das mulheres estavam ocupadas em tempo parcial – até 30 horas –, quase o dobro do verificado para os homens (15,6%). Na desagregação espacial, observa-se que as Regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores proporções de mulheres ocupadas em trabalho parcial, 39,2% e 37,5%, respectivamente. Na análise por cor ou raça, as mulheres pretas ou pardas eram as que mais exerciam o trabalho parcial, que representa 32,7% do total, enquanto entre as brancas o percentual foi de 26,0% e os dados apontam que as mulheres receberam 77,7% ou pouco mais de $\frac{3}{4}$ do rendimento dos homens (70).

Sobre o indicador Educação, a PNAD Contínua de 2019 revelou que, entre a população com 25 anos ou mais, 40,4% dos homens não tinham instrução ou possuíam apenas ensino fundamental incompleto, proporção que era de 37,1% entre as mulheres. Já a proporção de pessoas com nível superior completo foi de 15,1% entre os homens e 19,4% entre as mulheres. Cabe ressaltar que, embora as mulheres apresentem índices superiores aos dos homens, o acesso à educação se dá de forma desigual entre as mulheres. Em 2019, mulheres pretas ou pardas entre 18 e 24 anos apresentavam uma taxa ajustada de frequência líquida (que considera a frequência apenas ao nível de ensino adequado à faixa etária ou a conclusão dessa etapa) ao ensino superior de 22,3%, quase 50% menor do que a registrada entre brancas (40,9%) e quase 30% menor do que a taxa verificada entre homens brancos (30,5%) (71).

Passando à saúde das mulheres na fase jovem e adulta, é sugerido o monitoramento da proporção de pessoas de 20 anos ou mais que apresentam obesidade. A obesidade, por sua vez, cresceu entre 2013 e 2019, fenômeno observado ao redor do mundo e, em especial, em

países de renda baixa ou média, como o Brasil. Afetava 17,5% dos homens e 25,2% das mulheres com pelo menos 20 anos de idade, em 2013, e alcançou 22,8% entre os homens e 30,2% das mulheres. A PNS 2019, também identificou que as mulheres com 18 anos ou mais de idade apresentavam mais sobrepeso e se encontravam mais insuficientemente ativas do que os homens (37).

2.6 FATORES ASSOCIADOS À ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM MULHERES.

Muitos países, como o Brasil, convivem concomitantemente com as duas faces da insegurança alimentar e nutricional como problemas de saúde pública, seguindo da redução da desnutrição para o crescimento da obesidade, quadro chamado de transição nutricional (31).

Nesse contexto, a desnutrição, as carências nutricionais, a obesidade e as doenças crônicas relacionadas à alimentação são desafios globais complexos e multidimensionais, que, para seu enfrentamento, exigem a criação de ambientes políticos favoráveis e a realização de escolhas políticas adequadas ao contexto local, que contem com a participação de diversos atores e com investimentos financeiros para a implementação de ações sustentáveis, intersetoriais, baseadas em evidências, que ajam sobre os determinantes da alimentação e tornem os ambientes propícios à adoção de comportamentos saudáveis e à erradicação da má-nutrição (31,42).

Tal cenário pode ser explicado, entre outros fatores, pelo inadequado padrão alimentar, com aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e redução de alimentos in natura e minimamente processados, observado em todas as faixas etárias e estratos de renda. O maior risco de dislipidemia em crianças, de doenças cardiovasculares e síndromes metabólicas em adolescentes e de obesidade (34,35).

A análise de dados da Vigitel (2019), destacou que a frequência de excesso de peso em mulheres foi de (53,9%), em todas as unidades federativas, aumentou com a idade até os 64 anos e diminuiu expressivamente com o aumento da escolaridade. Sobre a obesidade, o

percentual de mulheres foi de 20,3% com a frequência elevada até os 54 anos. Mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram redução da frequência de obesidade (30).

Sobre o consumo alimentar de mulheres, no conjunto das 27 unidades federativas, o mesmo inquérito apresentou indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis de alimentação (frutas e hortaliças, feijão e alimentos não ou minimamente processados que são protetores para doenças crônicas) e marcadores de padrões não saudáveis de alimentação (refrigerantes e alimentos ultraprocessados). Em relação ao consumo regular (em 5 ou mais dias da semana) de frutas e hortaliças as mulheres apresentaram maior frequência (39,8%) que tendeu a aumentar com a idade e com o nível de escolaridade; para o consumo de feijão, observou-se baixa frequência entre as mulheres (53,9%) e redução com o aumento da escolaridade (42).

A frequência do consumo de cinco ou mais grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas foi de 29,8%, sendo mais elevada entre mulheres (32,3%) com até 64 anos e maior nível de escolaridade. O percentual de consumo de alimentos ultraprocessados entre as mulheres foi de 15,1%, diminuindo com a idade e mais elevado no estrato intermediário de escolaridade (76). As decisões de escolha de alimentos não se baseiam apenas na racionalidade econômica e na saúde. Famílias enfrentam dilemas incluindo a ampla disponibilidade de alimentos energeticamente acessíveis e de baixo valor nutricional, a disseminação de propagandas desses alimentos e o valor simbólico de alimentos disponíveis e seus efeitos de valor. Todos esses aspectos devem ser considerados no contexto de políticas para promover uma alimentação saudável (72)

Há diversos estudos sobre a relação entre a transferência de renda e o consumo alimentar das mulheres atendidas. Parte dos estudos associam ao aumento do consumo de alimentos saudáveis e parte ao maior consumo de alimentos não saudáveis. Algumas evidências sugerem que as transferências de renda podem aumentar a ingestão de alimentos não saudáveis

associados a doenças crônicas, contribuindo para o aumento das tendências do Índice de Massa Corporal (IMC). Transferências monetárias condicionais para mulheres pobres na Colômbia estão associadas ao aumento do IMC e ao risco de obesidade. Embora as transferências condicionais de renda sejam geralmente consideradas como esquemas populares e bem-sucedidos, intervenções paralelas em nível individual, familiar e comunitário são necessárias para evitar resultados adversos imprevistos (15,73).

Paes-Sousa et al., (74) avaliaram que a combinação aumento do poder de compra e maior acesso aos serviços de saúde podem melhorar o bem-estar das mulheres. Transferências de dinheiro poderiam melhorar o acesso aos alimentos, no entanto, existem três principais limitações: os programas de transferência de renda não abordaram o problema das condições insalubres de habitação (75). As mulheres tendem a ser encarregadas de tarefas domésticas e de cuidados gerais com a casa e a família, fatores que afetam diretamente sua saúde; o enfoque de saúde da mulher beneficiária foi limitado aos cuidados pré e pós-natal e a qualidade dos serviços de saúde prestados às mulheres beneficiárias foi escassa (75).

A participação no Programa Bolsa Família já foi demonstrada como sendo associada ao aumento do consumo de açúcar e bebidas adoçadas com açúcar, que poderiam contribuir para maior prevalência de obesidade e DCNT (76). Os resultados do estudo de Bem Lignani et al., revelaram um aumento no consumo de alimentos ricos em energia de alta densidade, como açúcar, alimentos processados e refrigerantes. Embora este padrão de mudança seja semelhante às tendências observadas para a população brasileira geral, indicando a necessidade de melhorar o acesso a alimentos saudáveis, como frutas e legumes, o maior aumento observado entre aquelas famílias com maior dependência do CCT sugere que o programa deve incorporar ações para facilitar uma alimentação saudável (76).

Estudo realizado por Monteiro e Martins (73), contribui para confirmar a capacidade dos programas de transferência de renda em melhorar a autonomia e capacitar as

populações mais vulneráveis, para que possam escolhê-las de maneira mais adequada e investir seu dinheiro (61,77). No entanto, a pequena magnitude das mudanças observadas no perfil alimentar consumido entre os grupos indica a existência de restrições de acesso a maior variedade de alimentos para famílias de baixa renda. Apenas o aumento de renda não é garantia de melhoria efetiva na dieta da família. Outras políticas públicas para promover o acesso a alimentos in natura ou minimamente processados a preços acessíveis a pessoas de baixa renda são fundamentais para garantir uma alimentação adequada e saudável para todos. A prática recente de avaliação de políticas públicas está crescendo no Brasil (78).

No estudo sobre as práticas alimentares de mulheres inscritas no Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde constatou-se que a alimentação do grupo era atravessada pelas singularidades e especificidades do contexto local (75). As mulheres estabeleciam estratégias de consumo alimentar que incluíam a predileção por um cardápio monótono, composto por alimentos calóricos à base de farinhas, açúcares e gorduras (75).

Esse padrão, supracitado, tem sido uma tendência nos grupos de baixa renda, conforme revelam outros estudos. A seleção de gêneros densos, com alto poder de saciedade, era compreendida pela ameaça de fome e escassez que é permanente nesses segmentos. Os mesmos alimentos apareceram com frequência ao lado de produtos processados e ultraprocessados, entre eles, café, açúcar, pão, bolo industrializado, arroz, feijão, óleo de soja e macarrão. Em geral, esses alimentos foram associados pelo grupo à conveniência, praticidade, palatabilidade e saciedade. De fato, os alimentos ultraprocessados estão cada vez mais presentes no cardápio da população pobre, não apenas no Brasil, mas também em outros países latino-americanos. Um reflexo da expansão cada vez mais incisiva das corporações transnacionais de alimentos que têm controlado boa parte dos sistemas alimentares contemporâneos (77). Conforme revelam estudos recentes, essa tendência tem repercutido negativamente na saúde das populações. A maioria dos itens citados possui pouca qualidade

nutricional e, em contrapartida, elevadas quantidades de gorduras, açúcares, sódio, aditivos e realçadores de sabor (78,79). Soma-se à questão a desestruturação das culturas e tradições locais. Esse fenômeno tem preocupado enormemente os organismos internacionais que preconizam uma agenda emergencial para o controle do problema (75).

Os resultados sobre o uso do benefício têm demonstrado o impacto positivo do BF sobre o consumo de alimentos no âmbito familiar (80,81). Mudanças favoráveis foram observadas no aumento dos gastos com alimentação, no maior número de refeições realizadas pelas famílias e no incremento da variedade de gêneros consumidos (75,82). Contudo, muitas famílias ainda se encontram em situação de insegurança alimentar e nutricional, revelando que a cidadania nesse quesito ainda não foi garantida para todos. Por outro lado, nota-se o consumo de alimentos calóricos e pouco nutritivos, o que tem contribuído para agravar o excesso de peso nesses segmentos. Portanto, muitos são os desafios impostos ao programa. Além de sua abrangência e do impacto que gera no orçamento da União, o maior impasse tem sido a superação da pobreza e das iniquidades. Considerando que tanto a pobreza como as desigualdades sociais são fenômenos históricos e multidimensionais persistentes no país, creditar em apenas um programa social a superação dessas iniquidades seria uma visão bastante simplista do problema (75).

2.7 O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E AS MULHERES INSCRITAS E ACOMPANHADAS

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pela Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004; e possui três eixos principais: complemento da renda, acesso a direitos e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. Trata-se de um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades destinado às famílias em situação de

pobreza (renda entre R\$89 a R\$178 por pessoa) ou de extrema pobreza (renda de até R\$89 por pessoa), com o objetivo de garantir os direitos fundamentais mínimos à pessoa em estado de vulnerabilidade social e de interromper o ciclo geracional da pobreza; garantido o acesso aos direitos sociais universais que são a saúde, alimentação, educação e assistência social, no qual o recebimento do auxílio está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social (17).

As condicionalidades de saúde do PBF, regulamentadas pela Portaria nº 251 de 12 de dezembro de 2012, visam garantir o direito ao acesso à saúde às famílias inscritas no programa (83). Assim, tendo em vista a diretriz de equidade e os compromissos do Sistema Único de Saúde (SUS) na redução das desigualdades sociais e pobreza, e considerando a Atenção Básica (AB) à saúde como principal porta de entrada do cidadão aos serviços, o acompanhamento das condicionalidades de saúde insere-se no rol das atividades pactuadas na AB, oportunizando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar. Tais condicionalidades do PBF são compreendidas pelo acompanhamento da imunização, do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de sete anos e da assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério e contribuem para a realização dos compromissos constitucionais da saúde e da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, até as políticas nacionais de Atenção Básica e de Alimentação e Nutrição, uma vez que reforçam a atenção à saúde e visam à melhoria das condições de saúde e nutrição da população (45,84).

A permanência mínima das famílias no programa é de dois anos e depende do cumprimento de condicionalidades relativas aos direitos à saúde, educação e assistência social, que são assegurados a todos os cidadãos brasileiros pela Constituição Federal de 1988, capítulo II, art. 60 (85). O governo promove acesso a tais direitos por meio da justificativa de que as famílias que vivem em situação de extrema pobreza estão expostas a dificuldades, além da falta

de recursos financeiros, como viver frequentemente longe das escolas e dos postos de saúde (86).

A agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização das crianças menores de 7 anos. Assim, as mulheres acompanhadas com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde ou por unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família (87).

O responsável técnico municipal do PBF na Secretaria de Saúde deve identificar o público PBF com perfil saúde do seu município, as quais precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (janeiro a junho - 1ª vigência - e julho a dezembro - 2ª vigência). A identificação dessas pessoas é realizada por meio do Sistema do Programa Bolsa Família na Saúde no e-Gestor AB no qual também se inserem as informações do acompanhamento e monitoram as ações e condicionalidades da Saúde (88).

O Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS) é responsável pela gestão federal do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família (89).

Em 2004, o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (BFA), era disponível pelo site <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/>, sob gestão do Departamento de Informática do SUS no Rio de Janeiro (DATASUS/RJ), sendo o único instrumento disponível aos municípios brasileiros para registro das condicionalidades de saúde. Desde a sua criação, o sistema era mantido na plataforma ASP.NET da Microsoft, sem manutenção adequada, fator que prejudicava o sistema tanto na implantação de novas melhorias quanto na segurança da informação. Além da plataforma desatualizada, o desenho do Sistema BFA apresentava muita

dificuldade para integração com outros sistemas da Atenção Primária à Saúde, como o e-SUS AB e o SISVAN Web, além dos entraves para a atualização da base no Cartão Nacional de Saúde (84,89).

Tendo em vista a importância do acompanhamento de saúde para toda a população e, em especial, para os beneficiários do PBF e as dificuldades enfrentadas para com o antigo Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (BFA) no DATASUS/RJ, a partir da 2ª vigência de 2018, o sistema a ser utilizado para o acompanhamento das condicionalidades de saúde passou a ser o Sistema do Programa Bolsa Família na Saúde no e-Gestor AB (95), disponível em: <https://bfa.saude.gov.br/> ou <https://egestorab.saude.gov.br/>. Essa mudança visou a melhoria de diversas questões, entre elas:

- Atualização do sistema para uma tecnologia mais moderna;
- Atualização rotineira e evolutiva do sistema;
- Autonomia na manutenção do sistema, pois ele estará dentro do DAB;
- Interface mais favorável para os usuários;

Unificação das entradas de dados da Atenção Básica, visto que os demais sistemas da CGAN (Micronutrientes – Ferro, Vitamina A e NutriSUS, SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil) estão no e-Gestor AB.

- Atualização da lista dos motivos de descumprimento.
- Individualização dos resultados de acompanhamento;
- Simplificação da digitação de acompanhamento (89).

O Cadastro Único tem como objetivo principal identificar e caracterizar as famílias de baixa renda no Brasil para os diversos programas e políticas sociais que têm como foco esse público-alvo. É por meio do Cadastro Único, por meio de sistema informatizado, que as famílias elegíveis ao Programa Bolsa Família são incluídas e atualizadas (90).

As famílias são selecionadas automaticamente pelo Sistema de Benefícios a partir das informações autodeclaradas pela família no Sistema do Cadastro Único, estimativas municipais de pobreza, divulgadas periodicamente pelo Ministério da Cidadania, e limite orçamentário. A depender do perfil de renda e composição familiar, são pagos diferentes valores de benefícios. A transferência do recurso é feita diretamente às famílias inscritas no PBF, que têm um cartão para o saque do benefício, que pode ser realizado nas agências da Caixa Econômica Federal ou nos estabelecimentos correspondentes (lotéricas e rede credenciada) (20,90).

Sobre os benefícios, o valor que a família recebe por mês é a soma de vários tipos de benefícios previstos no Programa Bolsa Família. Os tipos e as quantidades que cada família recebe dependem da composição (número de pessoas, idades, presença de gestantes etc.) e da renda da família beneficiária (**Quadro 3**).

Quadro 3 - Tipos de benefícios e valores previstos no Programa Bolsa Família.

Benefício Básico, no valor de R\$ 89,00	Pago apenas a famílias extremamente pobres (renda mensal por pessoa de até R\$ 89,00).
Benefícios Variáveis (até cinco por família):	
Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos (R\$ 41,00)	Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade em sua composição. É exigida frequência escolar das crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos de idade.
Benefício Variável Vinculado à Gestante (R\$ 41,00)	Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham grávidas em sua composição. São repassadas nove parcelas mensais. O benefício só é concedido se a gravidez for identificada pela área de saúde para que a informação seja inserida no Sistema Bolsa Família na Saúde.
Benefício Variável Vinculado à Nutriz (R\$ 41,00)	Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham crianças com idade entre 0 e 6 meses em sua composição, para reforçar a alimentação do bebê, mesmo nos casos em que o bebê não more com a mãe. São seis parcelas mensais. Para que o benefício seja concedido, a criança precisa ter seus dados incluídos no Cadastro Único até o sexto mês de vida.

Benefício Variável Vinculado ao Adolescente, no valor de R\$ 48,00 (até dois por família)	Pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tenham adolescentes entre 16 e 17 anos em sua composição. É exigida frequência escolar dos adolescentes.
Benefício para Superação da Extrema Pobreza, em valor calculado individualmente para cada família	Pago às famílias que continuem com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 89,00, mesmo após receberem os outros tipos de benefícios do Programa. O valor do benefício é calculado caso a caso, de acordo com a renda e a quantidade de pessoas da família, para garantir que a família ultrapasse o piso de R\$ 89,00 de renda por pessoa.

Fonte: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia/o-que-e/beneficios>

Especificamente em relação ao acompanhamento de mulheres, para identificação de gestantes, no início de cada semestre o Ministério da Cidadania gera um arquivo denominado inicial, que contempla as mulheres com idade entre 14 e 44 anos, sendo este o público de acompanhamento obrigatório. Nesse arquivo inicial também consta o público de acompanhamento não obrigatório, composto por mulheres com idade entre 7 e 13 anos e acima de 44 anos, para garantir a possibilidade de se identificar e acompanhar todas as mulheres inscritas no PBF que estejam grávidas (25).

No Cadastro Único, as informações coletadas são declaradas pela pessoa responsável pela unidade familiar (RF), que deve ter 16 anos ou mais e ser preferencialmente do sexo feminino (91). Essa RF é também a titular preferencial do PBF, isto é, a pessoa responsável pelo saque do benefício, conforme a Lei no 10.836/2004 (17). Do ponto de vista administrativo, a opção pela titularidade preferencial feminina decorre da definição legal já existente nos programas de transferência de renda condicionada, anteriores ao PBF, e por ele unificados em 2003. Sob a ótica conceitual, essa opção ratifica a perspectiva já existente nesses programas, e embasada em análises empíricas sobre os gastos domiciliares, de que a transferência monetária direta à mulher reforça sua utilização em prol de toda a família. Hoje, mais de 90% das famílias inscritas têm mulheres como titulares (25).

De acordo com pesquisa nacional realizada em 2007, evidencia-se a concordância com a titularidade feminina do benefício entre a ampla maioria das titulares (87,5%),

frequentemente justificada sob o argumento de que as mulheres conhecem melhor as necessidades da família, ou seja, parece haver um consenso entre o desenho do programa e as mulheres acompanhadas: “essa política constrói-se a partir da perspectiva sobre o papel feminino na família, e é o desempenho desse papel, reconhecido pelas mulheres inscritas no PBF como parte de sua identidade, que lhes habilita a condição de titular do benefício” (92).

Considerando as condicionalidades, a exigência de contrapartidas nas áreas de saúde e educação gera o aumento da responsabilidade com os filhos e a elevação do tempo gasto pela mulher nas atividades de cuidado. Esta instrumentalização produziria sobrecarga de tarefas, considerando o reforço do ônus da maternidade responsável. Ainda, teria o efeito de corresponsabilizar a mulher pelo combate à pobreza intergeracional, na medida em que caberia a ela acompanhar as agendas das condicionalidades definidas por tais programas (93,94). Desta forma, as condicionalidades de educação demandam grande alocação de tempo para levar e buscar os filhos em lugares distantes de moradia, enquanto as de saúde requereram idas, vindas e esperas pelos serviços de saúde, tal como a necessidade de adequação aos horários de funcionamento destes serviços (93).

Importante realçar que, não há como deixar de notar a aderência da racionalidade do desenho do PBF ao argumento do uso instrumental da mulher em sua função de mãe. A escolha do Estado sobre quem representa a família assenta-se numa percepção da divisão sexual do trabalho, que identifica na mulher a função de responsável pelos cuidados. A exposição de motivos (EM) da medida provisória (MP) que criou o PBF não traz nenhuma informação que permita claramente identificar as justificativas dessa escolha. Porém, a titularidade feminina no PBF é derivada do desenho dos Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTCs) anteriores a ele e, nas EMs das MPs que criaram dois desses principais programas (Bolsa Escola e Bolsa Alimentação), o foco entre identidade feminina e maternidade está claro (25).

2.8 HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é parte da vigilância em saúde e foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 6º. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem a VAN como uma de suas diretrizes, apontando-a como essencial para a atenção nutricional no SUS, ou seja, para organização e gestão dos cuidados em alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (25,31).

Os primeiros marcos legais que apoiaram as ações de VAN nos serviços de saúde foram elaborados na década de 1990, destacando-se a Portaria nº 1.156, de 31 de agosto de 1990, que instituiu o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no Ministério da Saúde (102); a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS); e as Portarias nº 79 e nº 80, de 16 de outubro de 1990, que estabeleceram estratégias de apoio técnico e operacional para a prática de VAN e a implementação do SISVAN (95).

Com a publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), pela Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, foi reforçada a preocupação com a vigilância do estado nutricional de gestantes e do crescimento e desenvolvimento das crianças. Por meio da terceira diretriz dessa política, o SISVAN foi ampliado e aperfeiçoado, tendo seus procedimentos agilizados e sua cobertura estendida para todo o País (96).

Em 2001, a avaliação do estado nutricional das crianças foi incluída entre os compromissos das famílias participantes do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde (Bolsa Alimentação), que prestava apoio financeiro a famílias de baixa renda em risco nutricional (42,97). Em 2003, os programas de transferência de renda setoriais foram unificados com a criação do Programa Bolsa Família (PBF), no qual permaneceu, enquanto

condicionalidade do setor saúde, a vigilância nutricional das crianças acompanhadas. Tais iniciativas contribuíram substancialmente para a ampliação da cobertura do SISVAN (97).

A partir de 2004, o SISVAN foi expandido e passou a abranger também as demais fases do ciclo da vida, incluindo o monitoramento do estado nutricional de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Com o intuito de aprimorar as funcionalidades do sistema, facilitando seu uso em nível local e o registro dos acompanhamentos, foi desenvolvido o SISVAN Web, uma versão on-line do sistema, lançada em 2008. Nessa versão, houve a incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a inclusão de ferramentas para a avaliação de marcadores de consumo alimentar para todas as fases do curso da vida (97). Essa versão foi aprimorada ao longo dos anos e é utilizada e preconizada até os dias atuais.

Em seguida, a Vigilância Alimentar e Nutricional é consolidada enquanto diretriz da PNAN em sua 2ª edição, abordando a possibilidade de utilização de outros sistemas de informação (além do SISVAN) que incorporem o registro de dados relativos à alimentação e estado nutricional dos indivíduos acompanhados na APS. Além disso, busca ainda desassociar a VAN na APS unicamente a implantação do sistema de informação, uma vez que o exercício da VAN nos serviços de saúde, para além da coleta e análise da alimentação e estado nutricional, deve culminar na organização e avaliação da oferta do cuidado na RAS (25,97).

2.9 O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) E INTEGRAÇÃO COM O SISTEMA PBF

Atualmente, o SISVAN Web é caracterizado como um sistema de informação disponível no SUS para a gestão das informações de VAN na APS, realizada por meio do registro e disseminação de informações antropométricas e de marcadores do consumo alimentar de crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (27).

As informações antropométricas utilizadas para avaliação do estado nutricional no SISVAN incluem: peso e altura para todas as fases do ciclo da vida, peso ao nascer (criança), perímetro da cintura (adulto), perímetro da panturrilha (idoso), peso pré-gestacional e DUM (gestante) (98).

Os métodos para coleta dos dados de consumo alimentar diferenciam-se por terem registro em tempo real, como é o caso dos diários alimentares; ou métodos baseados na memória, como, por exemplo, o Recordatório Alimentar de 24 horas, o Questionário de Frequência Alimentar e *screeener*. Este último método, conhecido também como *Brief Assessment Methods*, caracteriza-se por questionários curtos, simples e de fácil aplicação desenvolvidos para identificar os principais fatores de risco associados a padrões alimentares inadequados para grupos de alimentos específicos. Esses instrumentos são muitas vezes utilizados em grandes pesquisas e até mesmo na rotina dos serviços da APS, considerando sua facilidade de aplicação pelos diversos profissionais e o propósito de promoção da saúde e intervenções comunitárias. Alguns *screeners* simplificam também as opções de respostas, reduzindo-as em escolhas ‘sim’ ou ‘não’ (98).

Por meio das informações descritas acima, é possível calcular nove indicadores que permitem a identificação de risco ou proteção aos agravos do estado nutricional e à ocorrência de DCNTs, adaptados dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde (99), relacionados à alimentação de mulheres acompanhadas no PBF, que são:

Hábitos relacionados à alimentação:

- hábito de realizar, no mínimo, as três refeições principais do dia;
- hábito de realizar as refeições assistindo à televisão;

Marcadores positivos:

- consumo de feijão;
- consumo de fruta;

- consumo de verduras e legumes (vegetais);

Marcadores negativos:

- consumo de hambúrguer e/ou embutidos;
- consumo de bebidas adoçadas;
- consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado;
- consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

As variáveis sociodemográficas disponíveis nas fichas de acompanhamento, que serão utilizadas, são: Unidade Federativa (UF); idade; sexo; se o registro é proveniente do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (98,100).

O formulário de marcadores de consumo alimentar utilizado para avaliação da alimentação da população atendida na APS do SUS caracteriza-se como um *screeener* e foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde desde 2008, no SISVAN. Este instrumento permite a identificação de padrões alimentares e comportamentos saudáveis e não saudáveis e pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde na rotina da APS (98).

A base de dados do SISVAN é composta por registros provenientes do próprio sistema (contém registros antropométricos e de consumo alimentar de todas as fases do curso da vida), do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (contém registros antropométricos de crianças e mulheres inscritas no programa) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (contém registros antropométricos e de consumo alimentar de todas as fases do curso da vida), que compõe a estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (108). Em 2019, cerca de 7,7% dos registros antropométricos foram provenientes do SISVAN, 54% do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde e 55,5% do e-SUS APS. Em relação aos marcadores de consumo alimentar, 25,4% foram provenientes do SISVAN e 78,2% do e-SUS APS no mesmo período (101).

Em relação a interação do SISVAN Web com o sistema de gestão do Programa Bolsa Família (PBF), todas as informações referentes ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários são incorporadas ao SISVAN no final de cada vigência desta forma, no caso de indivíduos já acompanhados no sistema de gestão do PBF na saúde, é importante complementar o acompanhamento nutricional com a aplicação de formulários de avaliação de marcadores do consumo alimentar no SISVAN Web (95).

Com o objetivo de simplificar a sistemática de alimentação de distintos sistemas, o Ministério da Saúde iniciou um processo de estruturação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que o compõe a estratégia e-SUS do MS e visa à redução do retrabalho na coleta de dados, à individualização do registro, à produção de informação integrada e ao cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território (102).

Os dados nutricionais, antropométricos e de consumo alimentar dos usuários do SUS são inseridos no sistema pelos trabalhadores da APS, por meio de uma plataforma on-line acessada na unidade ou secretaria de saúde. A administração do sistema é realizada pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), do Ministério da Saúde. Os dados de acompanhamento de estado nutricional inseridos no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (SIGPBF) são migrados para o SISVAN Web semestralmente (95), a cada vigência.

Atualmente, são encontrados alguns entraves no que diz respeito à consolidação dos sistemas, tais como a fragmentação do trabalho ou retrabalho na coleta, a digitação e inclusão de dados em diferentes plataformas, a falta de estrutura nos municípios, caracterizam fatos que permitem falhas na padronização da coleta e comprometem a qualidade dos dados, para fins de análise e monitoramento (103).

A viabilização de informações contínuas acerca do estado nutricional da população e da cobertura de programas de alimentação e nutrição, como pesquisas nacionais e sistemas de vigilância, é um obstáculo para a efetiva implantação de uma agenda global de nutrição.

Segundo o Global Nutrition Report 2014, metade dos países do mundo não possuía dados necessários para avaliar o progresso das metas globais de 2015 e o investimento na manutenção e atualização de bases de dados nacionais e mundiais sobre nutrição não são suficientes (104).

2.10 PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta de pesquisa foi delineada a partir do uso do acrônimo: ECLIPSE SPICE, conforme apresentado na Tabela 1, e consiste em: **“Qual é o estado nutricional e o perfil de consumo alimentar das mulheres atendidas pelo Programa Bolsa Família?”**

Tabela 1- Estruturação da pergunta de pesquisa com base no acrônimo ECLIPSE

Acrônimo	Definição	Descrição
E	Expectative/ Expectativa	O que você deseja saber? O perfil nutricional
C	Cliente Group/ População	De quem ? Mulheres inscritas PBF (em idade fértil – 14 a 44 anos)
L	Location/ Localização	Atendimento das mulheres inscritas no PBF? Atenção Primária à Saúde
I	Impact/ Impacto	?
P	Profissionais/ Profissionais	Quem está envolvido? (Entes federativos)?
SE	Service/ Serviço	Que tipo de serviço é este? Para qual serviço você está procurando informação? Políticas Públicas em Saúde

Fonte: (112).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o estado nutricional e o perfil de consumo alimentar em mulheres (em idade fértil:14 a 44 anos) inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2018 a 2019, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o estado nutricional das mulheres inscritas no Programa Bolsa Família; nas quatro vigências do Programa;
- Estimar as prevalências de baixo peso, sobrepeso e obesidade das mulheres inscritas no Programa Bolsa Família; nas quatro vigências do Programa;
- Analisar o perfil de consumo alimentar em mulheres inscritas no PBF, nas quatro vigências do Programa.

4. METODOLOGIA E ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa tinha como objetivo inicial analisar a base de dados referente ao período de 2016 a 2019, totalizando em 8 vigências do Programa Bolsa Família e que possibilitaria realizar a análise de tendência temporal do estado nutricional de mulheres inscritas no Programa e acompanhadas na APS. A magnitude do banco de dados inviabilizou o projeto inicial por exigir maior período de tempo para as análises, maior suporte tecnológico e maior investimento. Portanto, no presente trabalho foram analisados os dados dos anos de 2018 e 2019, representando 4 vigências do PBF e permitindo, no tempo disponível, análises mais enxutas para finalizar a pesquisa de forma robusta e consistente. O delineamento metodológico consiste em estudo descritivo, transversal, da análise do estado nutricional e do consumo alimentar em mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos) inscritas no PBF, acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) e com registro no SISVAN, no período de 2018 a 2019, nas 5 macrorregiões do Brasil. O SISVAN permite apoiar, localmente, o diagnóstico das condições e agravos do estado nutricional e da alimentação, por meio da identificação de fatores de risco ou de proteção para a população atendida na APS (83).

O presente estudo utilizou registros administrativos provenientes do acompanhamento realizado por profissionais da APS e obtidos a partir do acesso à base de dados do Sistema PBF e do SISVAN, ambos geridos pelo Ministério da Saúde. A extração do banco de dados foi realizada em janeiro de 2021.

4.1 AMOSTRA

Foram incluídas mulheres com idade entre 14 e 44 anos, não gestantes, com registro de peso, estatura, com e sem registro de marcadores de consumo alimentar no SISVAN, no

período de 2018 a 2019. Dados referentes ao primeiro dia de registro alimentar foram considerados, pois, tendem a ser mais confiáveis que os dados coletados posteriormente (105).

4.1.1 Justificativa

A escolha do público se justifica em decorrência de ser um público do Bolsa Família com poucos estudos sobre o seu perfil nutricional, quando comparado às crianças do Programa. As mulheres são público de acompanhamento obrigatório do PBF, além de crianças menores de 07 anos, e contemplado para a identificação de mulheres gestantes. Quando não ocorre a identificação das gestantes, o monitoramento contínuo do estado de saúde dessas mulheres torna-se mais escasso, considerando que o acompanhamento do estado nutricional e, conseqüente coleta de dados antropométricos, não é condição obrigatória para o público em questão. Sendo assim, e com reforço da literatura científica que aponta que mulheres em idade fértil e que vivem no contexto de pobreza e extrema pobreza, são mais suscetíveis ao acometimento de DCNT (31), faz-se necessária a profundidade de mais estudos que consigam explorar o perfil nutricional e o consumo alimentar de mulheres beneficiárias de programas de transferência de renda, para que seja possível identificar e mensurar os impactos destes nos indicadores de alimentação, de nutrição e de saúde, de forma geral, desta população.

4.1.2 Avaliação do Estado Nutricional

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação do estado nutricional de populações de adolescentes (10 a 20 anos), o parâmetro utilizado foi o Índice de Massa Corporal - IMC (peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro) calculado segundo o sexo e a idade da pessoa, o IMC-para-idade, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado desse índice em relação a uma

distribuição de referência (106). A partir do cálculo desse índice, expresso em escore z, e segundo as recomendações do SISVAN, foram estimadas as prevalências de déficit de peso, eutrofia, excesso de peso e obesidade.

A avaliação do estado nutricional em mulheres adultas (20 a 44 anos), foi realizada por meio do cálculo do IMC e classificada, segundo a OMS, em baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($IMC > 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC > 25$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) (107).

4.1.3 Marcadores de Consumo Alimentar

Foram avaliados os padrões saudáveis e não saudáveis da alimentação de mulheres inscritas no PBF, a partir dos marcadores de consumo alimentar, preconizados no SISVAN e construídos com base no Guia Alimentar para a População Brasileira. Para evitar possíveis vieses de memória, o SISVAN propõe a avaliação de hábitos relacionados à alimentação e dos alimentos consumidos no dia anterior (99).

A partir dessas respostas das fichas de marcadores de consumo alimentar, foram considerados e calculados indicadores relacionados à alimentação das mulheres inscritas no PBF, sejam: costume de realizar refeições assistindo à TV; quantidade de refeições realizadas ao longo do dia; consumo de feijão; consumo de frutas; consumo de verduras e/ou legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas (99).

4.1.4 Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas incluídas no estudo foram: Região geográfica (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sul; Sudeste), definida com base na Unidade Federativa (UF) em que a mulher beneficiária do PBF foi acompanhada; idade (entre 14 e 44 anos); sexo (feminino).

4.1.3 Banco de dados

Foram realizadas as análises iniciais exploratórias do banco de dados para limpeza e validação dos dados. Inicialmente foram identificados os registros que possuíam peso, estatura com e sem a classificação de estado nutricional (EN), resultando no total de 22.907.394. Desses, apenas 16.583.931 (72,40%) de registros apresentavam a classificação de EN, o que acarretaria na perda (*missing*) de 27,60% de dados. Desta forma, uma nova análise foi feita, excluindo-se os registros com dados antropométricos extremos ($n= 154.377$), ou seja, que apresentavam registros de estatura menores do que 100 cm e de peso maiores do que 200 kg, considerando apenas os dados plausíveis e que permitissem o cálculo de IMC para classificação do EN dos registros com variável ausente. O número final de registros de mulheres com peso, estatura e classificação de EN foi de 22.753.017 e o *missing* final representou 0,67% de perda de dados inválidos.

Para esta análise foram considerados os primeiros registros das fichas de consumo alimentar e as frequências para as respostas positivas, que resultaram em ($n= 271.112$) registros de marcadores de consumo alimentar.

4.1.5 Análise Estatística

Para todas as variáveis, apresentou-se as prevalências com seus intervalos de confiança 95% (IC_{95%}). A metodologia estatística utilizada tanto para os dados referentes ao

estado nutricional quanto para os de consumo alimentar foi o Teste de Igualdade de Duas Proporções. As análises estatísticas foram realizadas por meio dos softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010.

4.1.4 Aspectos Éticos

O protocolo dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e foi aprovado em 27 de fevereiro de 2020 por meio do parecer 3.857.620. Os dados individualizados dos bancos do sistema PBF e do SISVAN foram solicitados com ausência de dados que permitiriam a identificação do sujeito e mediante a atribuição de um código para identificação dos indivíduos acompanhados, preservando seu anonimato.

Os micro dados do banco de dados do SISVAN e do PBF foram solicitados com ausência de dados sensíveis que permitiriam a identificação do sujeito (por exemplo, nome completo, nome da mãe, Cartão Nacional de Saúde, CPF etc.) e mediante a atribuição de um código para identificação dos indivíduos acompanhados, preservando seu anonimato; conforme preconiza a Lei de Acesso à Informação , referente à proteção de informações pessoais (108).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em formato de artigo, a ser submetido para publicação.

Modalidade do manuscrito: artigo

TÍTULO: Estado Nutricional e o perfil de consumo alimentar de mulheres inscritas no Programa Bolsa Família, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2018 - 2019.

TITLE: Nutritional profile and food consumption of women enrolled in the Bolsa Familia Program, monitored in Primary Health Care, Brazil, 2018 - 2019.

TITULO: Perfil nutricional y consumo de alimentos de las mujeres de mujeres inscritas en el Programa Bolsa Familia, monitoreado en Atención Primaria de Salud, Brasil, 2018 - 2019.

AUTORES: Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues; Lucas Agostinho Fernandes; Erika Barbosa Camargo;

¹Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues

ORCID: 0000-0002-5523-4475

E-mail: ludinut@gmail.com

²Lucas Agostinho Fernandes

ORCID: 0000-0001-8019-6733

E-mail: fernandeslucasenf@gmail.com

¹Erika Barbosa Camargo

ORCID: 0000-0003-1482-8282

E-mail: erika.barbosacamargo@gmail.com

¹Fundação Oswaldo Cruz, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas em Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

²Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar de mulheres cadastradas no Programa Bolsa Família, acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, Brasil, de 2018 a 2019. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, secundário, resultante da integração de informações do Sistema PBF e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Avaliou-se o estado nutricional de 22.753.017 mulheres inscritas no PBF e 271.112 registros de marcadores de consumo alimentar, os quais apresentaram desfechos de estado nutricional e razões de prevalência do consumo alimentar obtidos por meio da análise de Teste de Igualdade de Duas Proporções. **Resultados:** Em 2018, a prevalência média de baixo peso foi de 6,40% (IC:6,30%;6,50%); de sobrepeso foi de 28,80% (IC: 28,60%;28,95%) e de obesidade foi de 19,05% (IC: 18,73%;19,38%). Em 2019 foram de, respectivamente, 7,35% (7,40;7,30%), 27,80% (IC: 27,84%;27,84%) e 18,85% (IC: 18,85%;8,78%). **Conclusão:** O presente estudo observou que a elevada prevalência de sobrepeso com a simultânea presença de baixo peso ainda estão presentes nas 5 macrorregiões estudadas. Apesar das mulheres realizarem de 3 a 4 refeições por dia na 2ª vigência de 2018 e 2019 houve redução nas prevalências dos consumos de feijão, de frutas e de vegetais (verduras e legumes) no Brasil. De acordo com os resultados do perfil de consumo alimentar das mulheres inscritas no PBF deste estudo, a frequência da prevalência de alimentos não saudáveis foi expressiva, o que pode sugerir a manifestação da múltipla carga de má nutrição.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Bolsa Família; Estado Nutricional; Mulheres; Sobrepeso; Obesidade; Dupla Carga de Má Nutrição; Múltipla Carga de Má Nutrição.

ABSTRACT

Objective: To analyze the nutritional status and food consumption profile of women enrolled in the Bolsa Família Program, followed up in Primary Health Care, Brazil, from 2018 to 2019. **Methods:** Descriptive, cross-sectional, secondary study, resulting from the integration of information from the System PBF and the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN). The nutritional status of 22,753,017 women enrolled in the PBF and 271,112 records of food consumption markers were evaluated, which presented nutritional status outcomes and food consumption prevalence ratios obtained through the analysis of the Two Proportion Equality Test. **Results:** In 2018, the average prevalence of underweight was 6.40% (CI: 6.30%;6.50%); of overweight was 28.80% (CI: 28.60%; 28.95%) and obesity was 19.05% (CI: 18.73%; 19.38%). In 2019 they were, respectively, 7.35% (7.40; 7.30%), 27.80% (CI: 27.84%; 27.84%) and 18.85% (CI: 18.85 %;8.78%). **Conclusion:** The present study observed that the high prevalence of overweight with the simultaneous presence of underweight are still present in the 5 macroregions studied. Although women had 3-4 meals a day in the 2nd term of 2018 and 2019, there was a reduction in the prevalence of consumption of beans, fruits and vegetables (vegetables) in Brazil. According to the results of the food consumption profile of the women enrolled in the PBF in this study, the frequency of the prevalence of unhealthy foods was expressive, which may suggest the manifestation of the multiple burden of malnutrition.

KEYWORDS: Bolsa Família Program; Nutritional status; Women; Overweight; Obesity; Double Burden of Malnutrition; Multiple Burden of Malnutrition.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado nutricional y el perfil de consumo de alimentos de las mujeres inscritas en el Programa Bolsa Família, seguidas en Atención Primaria de Salud, Brasil, de 2018 a 2019. **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, secundario, resultado de la integración de información del Sistema PBF y del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN). Se evaluó el estado nutricional de 22,753,017 mujeres inscritas en el PPD y 271,112 registros de marcadores de consumo de alimentos, los cuales presentaron resultados de estado nutricional y razones de prevalencia de consumo de alimentos obtenidos a través del análisis del Test de Igualdad de Dos Proporciones. **Resultados:** En 2018, la prevalencia promedio de insuficiencia ponderal fue del 6,40% (IC: 6,30%; 6,50%); el sobrepeso fue del 28,80% (IC: 28,60%; 28,95%) y la obesidad fue del 19,05% (IC: 18,73%; 19,38%). En 2019 fueron, respectivamente, el 7,35% (7,40; 7,30%), el 27,80% (IC: 27,84%; 27,84%) y el 18,85% (IC: 18,85%; 8,78%). **Conclusión:** El presente estudio observó que la alta prevalencia de sobrepeso con la presencia simultánea de bajo peso aún están presentes en las 5 macrorregiones estudiadas. Aunque las mujeres consumieron de 3 a 4 comidas al día en el segundo trimestre de 2018 y 2019, hubo una reducción en la prevalencia del consumo de frijoles, frutas y verduras (verduras) en Brasil. De acuerdo con los resultados del perfil de consumo de alimentos de las mujeres inscritas en el PPD de este estudio, la frecuencia de prevalencia de alimentos no saludables fue expresiva, lo que puede sugerir la manifestación de la carga múltiple de desnutrición.

PALABRAS CLAVE: Programa Bolsa Família; Estados nutricionales; Mujeres; Exceso de peso; Obesidad; Doble carga de desnutrición; Carga múltiple de desnutrición.

INTRODUÇÃO

A manifestação simultânea de desnutrição, sobrepeso e obesidade, definida como múltipla carga de desnutrição, afeta a maioria dos países de baixa e média renda. O Relatório Global de Nutrição de 2018 constatou que, de 141 países, 83 (59%) tinham cargas duplas de má nutrição (alta prevalência de duas das três condições nutricionais: desnutrição infantil a partir do indicador antropométrico de altura para idade (*stunting*), anemia e sobrepeso em mulheres (1).

Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), em 2019, apontam que 11.209.406 mulheres foram acompanhadas e tiveram registro nos sistemas de informação da Atenção Primária, totalizando 63,2% de excesso de peso (34,1% de sobrepeso e 29,1% de obesidade) (2). Segundo o inquérito telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL), desde o início do monitoramento, em 2006, o maior aumento é o da prevalência da obesidade, que saltou de 11,8% para 20,3% em 2019 (3) A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, observou uma prevalência de excesso de peso de 57,0% nas mulheres e obesidade em 29,5% das mulheres (4).

Tanto a desnutrição quanto a obesidade são desfechos da insegurança alimentar e nutricional da população. A insegurança alimentar e nutricional pode afetar a qualidade da dieta e, conseqüentemente, aumentar o risco de várias formas de má nutrição, levando potencialmente à desnutrição, além de sobrepeso e obesidade. No ano de 2016, o número de pessoas que ingeriam menos calorias do que o necessário para uma vida saudável era de 37,5 milhões no Brasil, e saltou para 43,1 milhões em 2019 (5). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, retrata que a insegurança alimentar grave esteve presente no lar de 10,3 milhões de pessoas ao menos em alguns momentos entre 2017 e 2018. Dos 68,9 milhões de domicílios do país, 36,7% estavam com algum nível de insegurança alimentar, atingindo, ao todo, 84,9 milhões de pessoas. Mais da metade dos domicílios com insegurança alimentar grave são chefiados por mulheres (51,9%) e o homem é a pessoa de referência em 61,4% dos domicílios em situação de segurança alimentar (6).

Segundo o relatório anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019), cerca de 2,2 bilhões de pessoas no mundo estão em situação de pobreza, ou se encontram a ponto de estar e, entre as pessoas afetadas pela pobreza, 842 milhões têm crise de fome crônica, representando 12% da população mundial (7). No Brasil, cerca de 4% da população brasileira se encontrava em situação de pobreza multidimensional em 2015 (7).

Dentre os programas da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional brasileira, há o Programa Bolsa Família (PBF), o qual foi criado com o objetivo de “promover a redução da pobreza e a sua superação em médio e longo prazo, através da transferência de renda e da criação de oportunidades de inserção socioeconômica para as famílias beneficiárias” (8). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2017, 70% dos pobres e dos extremamente pobres eram inscritos no PBF. A redução observada nesse ano foi de 25% para a extrema pobreza e de 15% para a pobreza (9).

As famílias do Programa Bolsa Família são acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e, dentre as ações ofertadas pelo setor saúde, há a atenção nutricional às mulheres e crianças. O monitoramento da situação nutricional desse público é realizado pelo SISVAN Web, o qual é um sistema de informação disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) para a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) na APS, realizada por meio do registro e disseminação de informações antropométricas e de marcadores do consumo. A base de dados do SISVAN é composta por registros provenientes do próprio sistema (contém registros antropométricos e de consumo alimentar de todas as fases do curso da vida), do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (contém registros antropométricos de crianças e mulheres inscritas no programa) e do Sistema de Informação em

Saúde para a Atenção Básica – SISAB (contém registros antropométricos e de consumo alimentar de todas as fases do curso da vida), que compõe a estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (10).

O atual contexto demográfico e epidemiológico brasileiro revela a necessidade de monitoramento contínuo e sistemático da evolução do perfil do estado nutricional e do consumo alimentar da população brasileira. No entanto, poucos são os estudos que se dedicaram em avaliar a situação de alimentação e nutrição exclusivamente de mulheres em idade fértil (14 a 44 anos), que vivem no contexto de pobreza e extrema pobreza e que são inscritas em programa de transferência de renda, considerando todas as particularidades desta fase do ciclo da vida e sua influência na condição de saúde.

O objetivo do estudo foi analisar e descrever o estado nutricional e o consumo alimentar de mulheres (14 a 44 anos) inscritas no Programa Bolsa Família, acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde com registro no SISVAN, no período de 2018 a 2019, nas 5 macrorregiões do Brasil.

MÉTODOS

O delineamento metodológico consiste em um estudo descritivo com a análise do estado nutricional e do consumo alimentar em mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos) inscritas no PBF, acompanhadas pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS) e com registro no SISVAN, no período de 2018 a 2019, nas 5 macrorregiões do Brasil.

O SISVAN permite apoiar, localmente, o diagnóstico das condições e agravos do estado nutricional e da alimentação, por meio da identificação de fatores de risco ou de proteção para a população atendida na APS (11).

O presente estudo utilizou registros administrativos provenientes do acompanhamento realizado por profissionais da APS e obtidos a partir do acesso à base de dados do Sistema PBF e do SISVAN, ambas geridas pelo Ministério da Saúde. A extração do banco de dados foi realizada em janeiro de 2021.

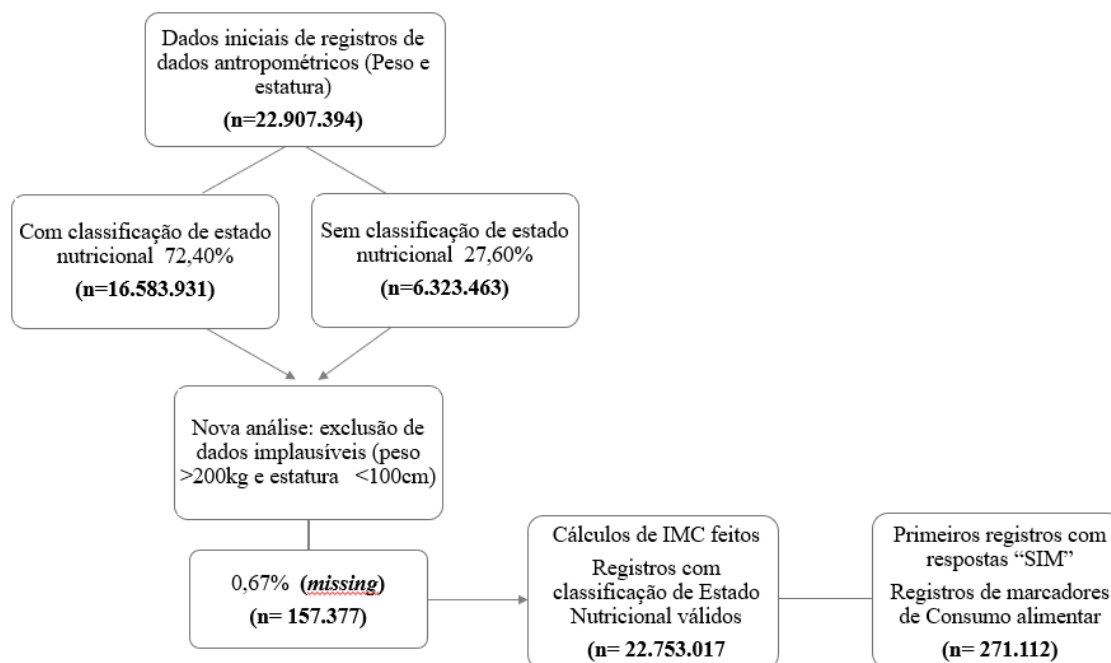
A amostra consistiu na inclusão de mulheres com idade entre 14 e 44 anos, com registro de peso, estatura, com e sem registro de marcadores de consumo alimentar no SISVAN, de 2018 a 2019. Foram considerados os dados referentes ao primeiro dia de registro alimentar, que tendem a ser mais confiáveis, em relação aos dados coletados posteriormente (12).

Foram realizadas análises iniciais exploratórias do banco de dados para limpeza e validação das informações. Inicialmente foram identificados os registros que possuíam peso,

estatura com e sem a classificação de estado nutricional (EN), resultando no total de 22.907.394. Desses, apenas 16.583.931 (72,40%) de registros apresentavam a classificação de EN, o que acarretaria na perda (*missing*) de 27,60% de dados. Desta forma, uma nova análise foi feita, excluindo-se os registros com dados antropométricos extremos (n= 154.377), ou seja, que apresentavam registros de estatura menores do que 100 cm e de peso maiores do que 200 kg, considerando apenas os dados plausíveis e que permitissem o cálculo de IMC para classificação do EN dos registros com variável ausente. O número final de registros de mulheres com peso, estatura e classificação de EN foi de 22.753.017 e o *missing* final equivalente a 0,67% de perda de dados implausíveis.

Para esta análise, sobre o consumo alimentar, foram considerados os primeiros registros das fichas de consumo alimentar e as frequências para as respostas positivas, que resultaram em (n= 271.112) de registros de marcadores de consumo alimentar, conforme **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma da validação dos registros de estado nutricional das mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos) inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, no período de 2018 a 2019, Brasil



Fonte: elaborada pela autora.

As variáveis sociodemográficas incluídas no estudo foram: Região geográfica (Norte; Nordeste; Centro-Oeste; Sul; Sudeste), definida com base na Unidade Federativa (UF) em que a mulher beneficiária do PBF foi acompanhada; idade (entre 14 e 44 anos); sexo (feminino).

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação do estado nutricional de populações de adolescentes (10 a 20 anos), o parâmetro utilizado foi o Índice de Massa Corporal - IMC (peso em quilograma dividido pelo quadrado da altura em metro) calculado segundo o sexo e a idade da pessoa, o IMC-para-idade, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado desse índice em relação a uma distribuição de referência. A partir do cálculo desse índice, expresso em escore z, e segundo as recomendações do SISVAN, foram estimadas as prevalências de déficit de peso, eutrofia, excesso de peso e obesidade.

Foram avaliados os padrões saudáveis e não saudáveis da alimentação de mulheres inscritas no PBF, a partir dos marcadores de consumo alimentar, preconizados no SISVAN e construídos com base no Guia Alimentar para a População Brasileira. Para evitar possíveis vieses de memória, o SISVAN propõe a avaliação de hábitos relacionados à alimentação e dos alimentos consumidos no dia anterior.

A partir dessas respostas das fichas de marcadores de consumo alimentar, foram considerados e calculados indicadores relacionados à alimentação das mulheres acompanhadas, sejam: costume de realizar refeições assistindo à TV; quantidade de refeições realizadas ao longo do dia; consumo de feijão; consumo de frutas; consumo de (vegetais) verduras e/ou legumes; consumo de hambúrguer e/ou embutidos; consumo de bebidas adoçadas; consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados; consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas.

Para todas as variáveis, apresentou-se as prevalências com seus intervalos de confiança 95% (IC95%). A metodologia estatística utilizada tanto para os dados referentes ao estado nutricional quanto para os de consumo alimentar foi o Teste de Igualdade de Duas Proporções. As análises estatísticas foram realizadas por meio dos softwares: SPSS V20, Minitab 16 e Excel Office 2010.

O protocolo dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-Brasília) e foi aprovado em 27 de fevereiro de 2020 por meio do parecer 3.857.620. Os dados individualizados dos bancos do sistema PBF e do SISVAN foram solicitados com ausência de dados que permitiriam a identificação do sujeito e mediante a atribuição de um código para identificação dos indivíduos acompanhados, preservando seu anonimato.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de estado nutricional de 22.753.017 mulheres em idade fértil (entre 14 e 44 anos de idade), inscritas no PBF, acompanhadas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, nas cinco regiões do Brasil, no período de 2018 a 2019. Em 2018, foram identificados 13.072.627 (57,45%) de registros de acompanhamento e, para o ano de 2019, 9.680.390 (42,55%).

A média de idade das mulheres em 2018 foi de 27,3 anos (DP=8,6) e em 2019 foi de 26,6 anos (DP=8,7) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Média de idade das mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos) inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, no período de 2018 a 2019, Brasil.

	Ano 2018	Ano 2019
Média	27,3	26,6
Desvio Padrão (DP)	8,6	8,7
Mínimo	13	13
Máximo	43	43

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Tabela 2. Prevalências da classificação do estado nutricional das mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos) inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, por vigência, no período de 2018 a 2019, Brasil.

Estado Nutricional	1º Vigência 2018		2º Vigência 2018		1º Vigência 2019		2º Vigência 2019	
	IC95%		IC95%		IC95%		IC95%	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baixo Peso	473.880	6,31%	362.743	6,51%*	336.104	7,37%*	373.402	7,29%*
Eutrófico	3.478.196	46,35%	2.514.047	45,15%	2.097.069	45,98%	2.359.221	46,08%
Sobrepeso	2.146.525	28,60%	1.612.072	28,95%*	1.267.504	27,79%*	1.425.605	27,84%*
Obeso	1.405.831	18,73%	1.079.333	19,38%*	859.878	18,85%	961.607	18,78%
TOTAL	7.504.432	100,00%	5.568.195	100,00%	4.560.555	100,00%	5.119.835	100,00%

IC95%: intervalo de confiança de 95% / *P<0,001.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Ao analisar a **Tabela 2**, no Brasil, comparando-se as prevalências do primeiro semestre de acompanhamento de 2018 com as do último semestre de 2019, verifica-se que houve aumento da prevalência de baixo peso nas mulheres (de 6,3% para 7,29%), leve redução na prevalência de sobrepeso (de 28,6% para 27,8%) e não houve alteração significativa na prevalência de obesidade (18,7% e 18,8%).

A **Tabela 3** apresenta a classificação do estado nutricional por região em 2018 e 2019. Há também a distribuição por Unidade Federativa, no Suplemento 1. Comparando-se as regiões, na segunda vigência de 2019, observou-se que a Região Nordeste apresentou a maior proporção de baixo peso em mulheres do PBF (8,05%) e a maior prevalência de sobrepeso foi

observada na região Norte (28,68%). Em relação à obesidade, as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores prevalências (27,07% e 22,39%), respectivamente, na 2ª vigência de 2019.

Tabela 3. Classificação do estado nutricional de mulheres (14 a 44 anos), inscritas no Programa Bolsa Família e acompanhadas na Atenção Primária à Saúde no período de 2018 a 2019, Brasil e Regiões

UNIDADE GEOGRÁFICA	ESTADO NUTRICIONAL	1º Vigência 2018		2º Vigência 2018		1º Vigência 2019		2º Vigência 2019	
		n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL n= 22.753.017									
NORTE n= 3.539.926 (15,56%)	Baixo Peso	67.710	5,97%	51.454	6,16%	48.507	6,74%	56.948	6,68%
	Eutrofia	562.580	49,62%	397.846	47,67%	349.271	48,54%	416.751	48,91%
	Sobrepeso	325.234	28,69%	249.265	29,86%	205.042	28,50%	244.366	28,68%
	Obesidade	178.160	15,72%	136.103	16,31%	116.736	16,22%	133.953	15,72%
NORDESTE n= 12.265.488 (53,91%)	Baixo Peso	278.196	6,76%	214.966	7,13%	193.541	8,02%	219.183	8,05%
	Eutrofia	1.953.604	47,48%	1.393.209	46,20%	1.136.030	47,07%	1.281.542	47,09%
	Sobrepeso	1.187.944	28,87%	879.109	29,15%	672.740	27,88%	757.153	27,82%
	Obesidade	695.006	16,89%	528.477	17,52%	410.968	17,03%	463.820	17,04%
CENTRO-OESTE n= 1.125.925 (4,95%)	Baixo Peso	22.734	6,06%	16.523	6,14%	16.388	6,96%	16.734	6,80%
	Eutrofia	164.121	43,74%	115.952	43,06%	102.885	43,71%	105.817	43,00%
	Sobrepeso	105.562	28,14%	77.041	28,61%	64.511	27,41%	68.457	27,82%
	Obesidade	82.762	22,06%	59.761	22,19%	51.585	21,92%	55.092	22,39%
SUDESTE n= 4.701.214 (20,66%)	Baixo Peso	87.377	5,90%	68.076	5,79%	66.362	6,79%	69.076	6,48%
	Eutrofia	636.301	42,97%	497.470	42,29%	421.493	43,11%	460.880	43,21%
	Sobrepeso	414.153	27,97%	329.137	27,98%	266.004	27,21%	291.110	27,29%
	Obesidade	342.869	23,16%	281.539	23,94%	223.801	22,89%	245.566	23,02%
SUL n= 1.120.464 (4,92%)	Baixo Peso	17.863	4,46%	11.724	4,31%	11.306	5,27%	11.461	4,91%
	Eutrofia	161.590	40,39%	109.570	40,24%	87.390	40,71%	94.231	40,38%
	Sobrepeso	113.632	28,40%	77.520	28,47%	59.207	27,58%	64.519	27,64%
	Obesidade	107.034	26,75%	73.453	26,98%	56.788	26,45%	63.176	27,07%

IC95%: intervalo de confiança de 95% / *P<0,001.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Ao comparar os dados da primeira vigência de 2018 com os da segunda vigência de 2019, as regiões Norte e Nordeste apresentaram aumento na frequência de baixo peso, do ano de 2018 (5,97%; 6,68%) para o ano de 2019 (6,76%; 8,05%), respectivamente; no mesmo período, constatou-se aumento das prevalências de baixo peso (6,06%; 6,80%) e de obesidade (22,06%; 22,39%) na região Centro-Oeste; na região Sudeste observou-se aumento da

prevalência de baixo peso (5,90%; 6,48%) e a região Sul apresentou aumento nas frequências de baixo peso (4,46%;4,91%) e de obesidade (26,75%; 27,07%).

A **Tabela 4** apresenta a proporção (%) de mulheres com registros das fichas de marcadores de consumo alimentar, de acordo com a distribuição por macrorregião, no período de 2018 a 2019. Ao analisar os registros de consumo alimentar, em todo o território nacional (n= 271.112), o maior percentual de mulheres com registros (26,67%) ocorreu na 2ª vigência de 2018, sendo que, a maior proporção desses acompanhamentos ocorreu na região Nordeste (43,47%).

Tabela 4. Proporção (%) de mulheres (14 a 44 anos), inscritas no Programa Bolsa Família e acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, com registro da ficha de marcadores de consumo alimentar, no período de 2018 a 2019, Brasil e Regiões.

BRASIL n= 271.112	1º Vigência 2018		2º Vigência 2018		1º Vigência 2019		2º Vigência 2019	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	70.203	25,89%	72.294	26,67%	65.556	24,18%	63.059	23,26%
CENTRO OESTE n= 16.644 (6,14%)	5.228	7,45%	4.181	5,78%	3.761	5,74%	3.474	5,51%
NORDESTE n= 117.863 (43,47%)	24.262	34,56%	29.364	40,62%	31.736	48,41%	32.501	51,54%
NORTE n= 39.493 (14,57%)	11.006	15,68%	9.534	13,19%	9.132	13,93%	9.821	15,57%
SUDESTE n=75.339 (27,79%)	23.307	33,20%	21.467	29,69%	17.857	27,24%	12.708	20,15%
SUL n= 21.773 (8,03%)	6.400	9,12%	7.748	10,72%	3.070	4,68%	4.555	7,22%

IC95%: intervalo de confiança de 95% / *P<0,001.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Com base nas respostas das fichas de marcadores de consumo alimentar, foram calculados os indicadores relacionados à alimentação das mulheres inscritas no PBF, de acordo com a região e o acompanhamento por vigência (**tabela 5**). Em relação à quantidade de refeições diárias realizadas, observa-se que a maioria das mulheres inscritas no PBF (56,20%) costumavam realizar de 3 a 4 refeições por dia. Ressalta-se que a região Centro-Oeste apresentou alto percentual de mulheres (78,10%) que realizavam 5 a 6 refeições por dia.

Tabela 5. Frequência de refeições realizadas por mulheres (14 a 44 anos), inscritas no Programa Bolsa Família e acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, com registro da ficha de marcadores de consumo alimentar, no período de 2018 a 2019, Brasil e Regiões.

REGIÃO	NÚMERO DE REFEIÇÕES/DIA	1º sem. 2018 (%)	2º sem. 2018 (%)	1º sem. 2019 (%)	2º sem. 2019 (%)
Centro Oeste	De 1 a 2	5,60%	8,20%	9,20%	0,00%
	De 3 a 4	72,90%	71,90%	64,70%	21,90%
	De 5 a 6	21,50%	19,90%	26,00%	78,10%
Nordeste	De 1 a 2	3,00%	1,70%	2,10%	2,00%
	De 3 a 4	44,40%	51,40%	46,30%	49,80%
	De 5 a 6	52,60%	46,80%	51,60%	48,20%
Norte	De 1 a 2	1,90%	2,00%	3,40%	1,70%
	De 3 a 4	66,20%	61,20%	55,90%	57,10%
	De 5 a 6	31,90%	36,80%	40,80%	41,30%
Sudeste	De 1 a 2	2,70%	2,30%	3,20%	2,50%
	De 3 a 4	59,20%	59,20%	57,10%	58,30%
	De 5 a 6	38,10%	38,50%	39,70%	39,10%
Sul	De 1 a 2	6,10%	10,90%	5,20%	14,80%
	De 3 a 4	61,70%	66,90%	65,40%	64,10%
	De 5 a 6	32,20%	22,20%	29,40%	21,10%
Brasil	De 1 a 2	2,70%	3,10%	3,00%	4,00%
	De 3 a 4	58,50%	59,00%	54,00%	56,20%
	De 5 a 6	38,80%	37,90%	42,90%	39,80%

IC95%: intervalo de confiança de 95% / *P<0,001.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

Sobre os hábitos de consumo alimentar relacionados a fazer refeições assistindo TV (**Tabela 6**), as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram prevalências superiores à média nacional, em todas as vigências. De maneira geral, observa-se no Brasil, no período analisado, prevalências de consumo de marcadores positivos (como o consumo de feijão, frutas e vegetais) maiores do que as prevalências de consumo dos negativos (como o consumo de hambúrguer, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos).

Ao analisar a frequência de consumo de feijão (**Tabela 6**), observa-se que a Região Norte permaneceu abaixo da média nacional em todas as vigências, sendo a menor prevalência na 2º vigência de 2019 (70,8%). Em contrapartida, a região Centro-Oeste apresentou os maiores percentuais, com valores acima de 90%.

Quanto ao consumo de frutas, há baixas prevalências de marcadores nas regiões Norte e Nordeste, e altas prevalências nas regiões Sul e Centro-Oeste, em todas as vigências (Tabela 6). É importante destacar que, no Brasil, na comparação entre a 1ª vigência de 2018 e a segunda vigência de 2019, houve leve redução nas prevalências dos consumos de feijão (84,10%; 83,6%) e de vegetais (verduras e legumes) (69,2%; 68,90%) e leve aumento no consumo de frutas (67,9%; 68,8%).

Dentre os marcadores negativos, o consumo de hambúrguer pelas mulheres acompanhadas pelo PBF foi mais prevalente na região Sul, especialmente na 1ª vigência de 2018 (52,30%), a maior de todo o período. A região também apresentou a prevalência de consumo para bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos.

Já as regiões Sudeste e Centro-Oeste acompanharam as prevalências importantes quanto a esses alimentos. A região Nordeste se destaca por apresentar prevalências de marcadores de consumo negativo mais baixas do que a média nacional em todas as vigências (**Tabela 6**).

Se, por um lado houve redução nas prevalências dos marcadores positivos entre a 2ª vigência de 2018 e 2019 no Brasil, de outro deve-se apontar o aumento nos marcadores negativos, posto que o consumo de bebidas açucaradas por mulheres acompanhadas em 2018 era de 55,20%, e passou a ser de 56,7% em 2019, os acréscimos também são obtidos no consumo de macarrão instantâneo (36,80%; 37,40%) e biscoitos (39,1%; 39,90%) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Indicadores de consumo alimentar realizado por mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos), inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, de acordo com a distribuição por macrorregião, no período de 2018 a 2019, Brasil.

1ª vigência 2018						
INDICADORES	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	BRASIL
Realizar as refeições assistindo à televisão	54,80%	50,70%	45,6%*	60,1%*	45,30%	52,80%
feijão	87,90%	86,70%	74,30%	85,20%	83,90%	84,10%
fruta	65,60%	71,80%	61,10%	65,80%	74,40%	67,90%
vegetais (verduras e legumes)	74,40%	66,70%	60,70%	72,70%	76,10%	69,20%
hambúrguer e/ou embutidos	32,20%	28,00%	29,20%	38,40%	52,3%*	34,20%
bebidas adoçadas	54,50%	48,00%	55,80%	60,60%	65,70%	55,50%
macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	30,80%	36,90%	34,90%	38,00%	41,90%	37,00%
biscoito recheado, doces ou guloseimas	39,00%	36,00%	36,30%	43,30%	46,70%	39,70%
2ª vigência 2018						
INDICADORES	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	BRASIL
Realizar as refeições assistindo à televisão	57,40%	53,4%*	42,5%*	60,5%*	47,5%*	53,70%
feijão	90,4%*	87,9%*	77,2%*	82,2%*	84,20%	84,60%
fruta	68,1%*	72,7%*	64,3%*	65,90%	72,9%*	69,3%*
vegetais (verduras e legumes)	76,60%	67,20%	62,50%	72,30%	77,3%*	69,7%*

continuação

2ª vigência 2018						
INDICADORES	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	BRASIL
hambúrguer e/ou embutidos	38%*	30,7%*	29,10%	39,00%	48,7%*	35,3%*
bebidas adoçadas	62,3%*	50,5%*	53,6%*	58,6%*	61,7%*	55,20%
macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	35,6%*	36,30%	34,30%	37,4%*	40,30%	36,80%
biscoito recheado, doces ou guloseimas	41,00%	36,00%	35,50%	41,4%*	47,40%	39,1%*
1ª vigência 2019						
INDICADORES	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	BRASIL
Realizar as refeições assistindo à televisão	60,6%*	52,00%	44,2%*	58,40%	49,3%*	53,00%
feijão	91%*	86,50%	73,9%*	77,8%*	80,1%*	82,3%*
fruta	70,3%*	70,1%*	65%*	63,1%*	72,2%*	67,6%*
vegetais (verduras e legumes)	74,00%	66,50%	62,80%	67,4%*	73,5%*	67%*
hambúrguer e/ou embutidos	38,7%*	32,6%*	31,4%*	38,60%	47,1%*	35,10%
bebidas adoçadas	61,4%*	51,8%*	53,90%	55,2%*	65,6%*	54,2%*
macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	37,8%*	38,1%*	37%*	35,5%*	43,3%*	37,50%
biscoito recheado, doces ou guloseimas	45,1%*	37,8%*	37,10%	40,60%	49,10%	39,40%
2ª vigência 2019						
INDICADORES	Centro Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	BRASIL
Realizar as refeições assistindo à televisão	60,5%*	51,30%	42,1%*	62,7%*	54%*	52,90%
feijão	91,9%*	86,60%	70,8%*	84,60%	80,9%*	83,6%*
fruta	71,9%*	71,60%	63,4%*	65,9%*	66,8%*	68,8%*
vegetais (verduras e legumes)	78,8%*	67,40%	62,60%	73,5%*	72,8%*	68,90%
hambúrguer e/ou embutidos	38,9%*	32,9%*	28,1%*	38,60%	42,9%*	34,3%*
bebidas adoçadas	64,8%*	53,6%*	53,30%	61,2%*	68%*	56,7%*
macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgado	42,3%*	38,3%*	32,8%*	36,40%	39,50%	37,40%
biscoito recheado, doces ou guloseimas	41,50%	39,1%*	36,00%	42,4%*	45,80%	39,90%

IC95%: intervalo de confiança de 95% / *P<0,001.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SISVAN/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde.

DISCUSSÃO

O presente artigo analisou o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar de mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos), inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, nas cinco macrorregiões do Brasil, no período de 2018 a 2019.

Em relação às maiores prevalências de registros de acompanhamentos durante as vigências, resultados similares foram encontrados em outro estudo com informações de pesquisadores que acompanham o programa, demonstrando frequência de distribuição regional de famílias cadastradas (42%; 31%), para as regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente (13).

No que se refere à prevalência de sobrepeso e a obesidade, foi encontrada semelhança em estudo transversal descritivo realizado com base nos dados secundários da PNS, em 2013, constatando que as mulheres em idade reprodutiva, inscritas no PBF, apresentam maiores prevalências de sobrepeso e obesidade (14). Resultado parecido foi reportado em estudo que avaliou a probabilidade de alteração do IMC e significativa prevalência de obesidade em mulheres adultas, não gestantes e que receberam transferência condicional de renda, no período de 4 anos (15).

Em relação aos fatores associados à prevalência do excesso de peso, em mulheres em idade reprodutiva, no Nordeste, foi encontrado resultado em estudo que verificou maior percentual de excesso de peso em mulheres com menor escolaridade, não alfabetizadas e que não possuíam trabalho remunerado. O mesmo estudo revelou a prevalência de 27% de obesidade entre as mulheres avaliadas (16).

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017/2018 revelam que a alteração no estado nutricional, de acordo com características socioeconômicas, pode ser atribuída às mudanças de consumo alimentar, dentre outros aspectos que influenciam na determinação multicausal destes agravos. Fatores socioeconômicos são fundamentais na determinação da saúde, incluindo o estado nutricional e a alimentação (17).

Segundo dados da PNS de 2019, relacionados à Atenção Primária à Saúde e às informações antropométricas, observou-se maior prevalência de excesso de peso entre mulheres adultas (62,6%). O padrão de relação da obesidade com a idade é equivalente ao já descrito para o excesso de peso, sendo mais elevado no sexo feminino (38,0%) entre as mulheres de 40 a 59 anos de idade (18).

O aumento da prevalência de baixo peso concomitante ao sobrepeso e à obesidade, caracterizando a manifestação da dupla carga de má nutrição, foi evidenciado em estudos que

reportaram a ocorrência do evento na maioria dos países de baixa e média renda e no Brasil, apresenta diferenças regionais intensas (19)

Poucos estudos estão disponíveis sobre a avaliação do consumo alimentar de mulheres em idade entre 14 e 44 anos (idade fértil), no Brasil. Entretanto, os alimentos habitualmente marcadores de uma alimentação saudável e não saudável foram utilizados em grandes pesquisas, porém a avaliação foi realizada em frequência de consumo semanal, diferente da avaliação deste estudo, que se refere ao consumo no dia anterior.

Sobre os alimentos marcadores de uma alimentação saudável, dados comparativos da PNS de 2013 a 2019, também demonstram que houve redução do consumo de feijão entre as mulheres (62,5%), em todo o território nacional (68,3%) (18). Dados do Vigitel de 2019, constataram que as mulheres adultas consumiram feijão (53,9%) regularmente (cinco ou mais vezes na semana) e referiram consumo regular de frutas e vegetais (verduras e legumes) (26,8%) (20). O presente estudo registrou a frequência de consumo de 83,6% para feijão, 68,8% para frutas e 68,9% para vegetais (verduras e legumes).

Em relação aos marcadores de uma alimentação não saudável, um inquérito nacional realizado em 2013 demonstrou prevalência no consumo regular de doces (como bolo, torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces) de 22,4% e de refrigerante ou suco artificial em 20,5% de mulheres adulta (21). Em 2019, a frequência do consumo regular de refrigerante, refresco ou suco artificial de mulheres adultas foi de 12,3% (20). Neste estudo, as frequências de consumo foram de 39,9% e 56,7% para biscoito recheado, doces ou guloseimas e bebidas adoçadas, respectivamente.

De acordo com os resultados do perfil de consumo alimentar das mulheres inscritas no PBF deste estudo, resultados semelhantes foram reportados em estudo identificando que entre as inscritas no PBF, a frequência no consumo de alimentos não saudáveis foi de 55% (22). Este fato sugere a manifestação da múltipla carga de má nutrição identificada nos últimos anos, para o público central do estudo.

Desta forma, reforça-se a ideia de que tais alimentos não são adequados e/ou recomendados em uma alimentação saudável, devendo ser evitado seu consumo, conforme é preconizado no Guia Alimentar para a População Brasileira (23).

O presente estudo analisou o perfil do estado nutricional de mulheres inscritas em programa de renda, com resultados que indicam a manifestação de formas distintas de má nutrição associadas a diversos agravos que acometem esse público. A escassez de estudos focados no público de mulheres adultas, em idade fértil, e que considere suas peculiaridades

na interpretação dos resultados, aponta a necessidade de fomentar pesquisa nessa área, em especial no que diz respeito à alimentação de mulheres inscritas em programa de renda.

Nesse contexto, o uso de registros administrativos, como os de sistemas de informação em saúde, revela-se como potente ferramenta, devido ao baixo custo e à facilidade na obtenção da informação, de modo complementar aos resultados produzidos por inquéritos populacionais. Ainda, os achados aqui apresentados reforçam a relevância de ações específicas de promoção da alimentação adequada e saudável às mulheres, especialmente aquelas desenvolvidas no âmbito da APS, que podem potencialmente contribuir para a prevenção de desvios do estado nutricional, bem como demais doenças crônicas associadas à má alimentação.

Neste estudo observou-se elevada prevalência de sobrepeso com a simultânea presença de baixo peso, presentes nas 5 macrorregiões estudadas. Apesar das mulheres realizarem de 3 a 4 refeições por dia, na 2ª vigência de 2018 e em 2019 houve redução nas prevalências dos consumos de feijão, de frutas e de vegetais (verduras e legumes) no Brasil. De acordo com os resultados do perfil de consumo alimentar das mulheres inscritas no PBF deste estudo, a frequência da prevalência de alimentos não saudáveis foi expressiva, o que pode sugerir a manifestação da dupla carga de má nutrição.

Sugere-se que sejam realizados mais estudos com objetivo de aprofundar a compreensão das relações entre renda, vulnerabilidade social e Segurança Alimentar e Nutricional, sobretudo sob a ótica das ações direcionadas ao gênero adulto feminino.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO (FRAGILIDADES NOS SISTEMAS)

Os principais problemas relacionados à consolidação e operacionalização do sistema e uso das informações coletadas para a elaboração de ações, geralmente, podem ser identificados por meio de elementos como estrutura física, capacitação dos profissionais, comunicação e colaboração entre as esferas de governo, interatividade e inteligência do sistema. O uso de dados secundários se apresenta como uma limitação, já que são provenientes de fontes diversas e, conseqüentemente, possuem uma variação na confiabilidade das informações.

Desta forma, vale ressaltar que a qualidade do registro de dados, em especial sobre a saúde, é atividade essencial na assistência à saúde. Em paralelo às rotinas da prestação do cuidado, a coleta qualificada de dados tem o potencial de impactar diretamente o serviço prestado, tornando-o mais seguro e efetivo. A qualidade do registro envolve aspectos como a padronização de dados, a segurança, integridade e confiabilidade da informação. Tais características aliadas à pronta acessibilidade do profissional e à informação de saúde podem

otimizar processos de prestação do cuidado, dar suporte ao gerenciamento de problemas comunitários, além de adequar a alocação de recursos públicos por meio de políticas cada vez mais ajustadas aos desafios da realidade sanitária brasileira.

POSSÍVEIS SOLUÇÕES

Para que sistemas, como o sistema do Programa Bolsa Família e o SISVAN, possam se reafirmar como fonte de informações que subsidiam a agenda da Atenção Primária à Saúde, com foco na área de alimentação e nutrição, nos municípios, nos estados e no país, alguns problemas precisam ser solucionados. Investimentos em equipamentos e materiais, estrutura das unidades, dinamização dos sistemas informatizados, capacitações em todas as fases do ciclo de gestão e produção do cuidado, entre outras ações, são fundamentais para o estabelecimento e sustentação adequada de cobertura dos sistemas. Todavia, os maiores desafios talvez estejam na superação dos entraves políticos (descontinuidade das ações; desencontros entre os interesses da gestão municipal, estadual ou federal, entre outros) e administrativos para garantir a periodicidade do provimento de todos esses recursos e na valorização dos sistemas de informação em saúde para qualificar a gestão da alimentação e nutrição no Brasil.

Contribuição dos autores: Rodrigues LSV delineou o estudo, analisou e interpretou os resultados e redigiu a versão preliminar do artigo. Agostinho LF participou da análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Camargo EB e Barbosa JR revisou criticamente o conteúdo do manuscrito. Todos os autores participaram da redação, aprovaram a versão final do manuscrito e declaram-se responsáveis por todos os seus aspectos, garantindo sua precisão e integridade.

Referências Artigo

1. OMS. Global Nutrition Report [Internet]. Global Nutrition Report. 2018. 118 p. Available from: http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=472&Itemid=472.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil : excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. 2020;17.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019. Vigitel Brasil 2019 : vigilância de fatores

de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados . 2020. 139 p.

4. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. 2020. 31–33 p.

5. Monteiro, C.A., Cannon, G., Lawrence, M., Costa Louzada, M.L. and Pereira Machado P. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. FAO, organizador. Rome; 2019.

6. IBGE IB de G e E-. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2020. 61 p.

7. Alkire S, Conceição P, Barham A, Calderón C, Conconi A, Dirksen J, et al. Global Multidimensional Poverty Index 2019 Illuminating Inequalities. Ophi, Undp. 2019;1–26.

8. Braz C, Castilho D. Perfil Socioeconômico dos Beneficiários Rurais do Programa Bolsa Família na Região Sul do Brasil * Socioeconomic Profile of Rural Beneficiaries of the Bolsa Família Program in Southern Brazil. 2014;83–101.

9. Vinet L, Zhedanov A. A “missing” family of classical orthogonal polynomials. Antimicrob Agents Chemother [Internet]. 2010 Nov 7;58(12):7250–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25246403>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA No 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013. 2013.

11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social E Combate A Fome. O direito humano a alimentação adequada e o sistema nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 2013.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. 2011. 150 p.

13. ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. Bolsa Família 15 Anos (2003-2018). 2018. 530 p.

14. Bernal RTI, Felisbino-Mendes MS, de Carvalho QH, Pell J, Dundas R, Leyland A, et al. Indicators of chronic noncommunicable diseases in women of reproductive age that are beneficiaries and non-beneficiaries of bolsa família. Rev Bras Epidemiol. 2019;22(Suppl 2):1–13.

15. Forde I, Chandola T, Garcia S, Marmot MG, Attanasio O. The impact of cash transfers to poor women in Colombia on BMI and obesity: prospective cohort study. Int J Obes (Lond) [Internet]. 2012;36(9 CC-Effective Practice and Organisation of Care):1209-1214.

16. Pinheiro M de M, Oliveira JS, Leal VS, Lira PIC de, Souza NP de, Campos F de AC e. S. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. Rev Nutr. 2016;29(5):679–89.

17. IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. 1–65 p.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : atenção primária à saúde e informações antropométricas. [Internet]. 2020. 66 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>.
19. Doak C, Adair L, Bentley M, Fengying Z, Popkin B. The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China. *Public Health Nutr.* 2002;5(1a):215–21.
20. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE [Internet]. 2020. 125 p. Available fr.
21. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil : Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2015;24(2):257–65.
22. Silvani J, Buss C, Pena G das G, Recchi AF, Wendland EM. Food consumption of users of the Brazilian Unified Health System by type of assistance and participation in the “Bolsa Família”. *Cien Saude Colet.* 2018 Aug;23(8):2599–608.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília, DF.; 2014. 156 p.

6. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO/MALNUTRITION [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/malnutrition>
2. Dukhi N. Global Prevalence of Malnutrition: Evidence from Literature. *Malnutrition*. 2020;(1):1–16.
3. Pearce N, Ebrahim S, McKee M, Lamptey P, Barreto ML, Matheson D, et al. Global prevention and control of NCDs: Limitations of the standard approach. *J Public Health Policy* [Internet]. 2015;36(4):408–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2015.29>
4. Brewis A. The Weight of Obesity: Hunger and Global Health in Postwar Guatemala. In 2015. p. 248.
5. Pagliai G, Dinu M, Madarena MP, Bonaccio M, Iacoviello L, Sofi F. Consumption of ultra-processed foods and health status : a systematic review and meta-analysis. 2020;
6. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, Sur P, Estep K, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med*. julho de 2017;377(1):13–27.
7. Doak C, Adair L, Bentley M, Fengying Z, Popkin B. The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China. *Public Health Nutr*. 2002;5(1a):215–21.
8. Garrett JL, Ruel MT. Stunted child-overweight mother pairs: Prevalence and association with economic development and urbanization. *Food Nutr Bull*. 2005;26(2):209–21.
9. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet*. 2020 Jan 4;395(10217):65-74. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32497-3. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31852602; PMCID: PMC7179702
10. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publica*. 2010;44(1):1–16.
11. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publica*. 2010 Feb;44(1):1-16. doi: 10.1590/s0034-89102010000100001. PMID: 20140324.
12. Alkire S, Conceição P, Barham A, Calderón C, Conconi A, Dirksen J, et al. Global Multidimensional Poverty Index 2019 Illuminating Inequalities. *Ophi, Undp*. 2019;1–26
13. Handa, S. and Davis, B. (2006), *The Experience of Conditional Cash Transfers in Latin America and the Caribbean*. *Development Policy Review*, 24: 513-536.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-7679.2006.00345.x>.

14. Kabeer N, Waddington H. Economic impacts of conditional cash transfer programmes: a systematic review and meta-analysis. *J Dev Eff.* 2015;7(3):290–303.

15. Neto VR de P, Berriel CM. Transferências condicionais de renda e nutrição: Efeitos do bolsa família nas áreas rurais e urbanas do Brasil. *Econ Apl.* 2017;21(2):185–205.

16. Danjon A. General Assembly. *Transactions of the International Astronomical Union.* Cambridge University Press; 1960;10:22–37..

17. Brasil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família, altera a Lei nº 10.689, de 13 de junho de 2003, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 9 jan. 2004.

18. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Decreto No 5.209 de 17 de setembro de 2004.

19. Braz C, Castilho D. Perfil Socioeconômico dos Beneficiários Rurais do Programa Bolsa Família na Região Sul do Brasil * Socioeconomic Profile of Rural Beneficiaries of the Bolsa Família Program in Southern Brazil. 2014;83–101.

20. ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. *Bolsa Família 15 Anos (2003-2018).* 2018. 530 p.

21. Castro JA, Modesto L. *Bolsa família 2003-2010: Avanços e desafios [Internet].* Ipea. 2010. 691 p. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=6604%5Cn

22. Viganó C. Perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Município de Pato Branco / PR. :168–86.

23. Vinet, Luc, & Zhedanov, Alexei (Feb 2011). A 'missing' family of classical orthogonal polynomials. *Journal of Physics A, Mathematical and Theoretical (Online)*, 44(8), 16. doi:101088/1751-8113/44/8/085201

24. Frozi DS, Sichieri R, Maria S, Pereira RA. Characteristics of Social Vulnerability and Food Insecurity among Urban Families in Extreme Poverty in Brazil. *J Food Secur.* 2015;3(2):62–8.

25. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. Texto para discussão. *Bolsa Família, Autonomia Feminina e Equidade de Gênero: O que indicam as pesquisas nacionais?1.* Texto para discussão Inst Pesqui Econômica Apl Brasília Rio Janeiro Ipea , 1990-. 2017;

26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Rendimento de todas as fontes 2019. Pesqui Nac por Amostra Domicílios Contínua - PNAD [Internet]. 2020;(1):1–12. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101379_informativo.pdf
27. Francisco PMSB, Assumpção D de, Borim FSA, Malta DC. Prevalence and factors associated with underweight among Brazilian older adults. *Cien Saude Colet*. 2019;24(7):2443–52.
28. Malta DC, Santos MAS, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Stopa SR, Oliveira MM de, et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Apr [cited 2019 Nov 19];21(4):1061–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401061&lng=pt&tlng=pt
29. Malta DC, Bernal RTI, de Carvalho QH, Pell JP, Dundas R, Leyland A, et al. Women and evaluation of inequalities in the distribution of risk factors for chronic non-communicable diseases (Ncd), *vigitel* 2016–2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:1–16.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análises em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. VIGITEL BRASIL 2019. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados br. Brasília.; 2020. 276 p.
31. Bernal RTI, Felisbino-Mendes MS, de Carvalho QH, Pell J, Dundas R, Leyland A, et al. Indicators of chronic noncommunicable diseases in women of reproductive age that are beneficiaries and non-beneficiaries of bolsa família. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22(Suppl 2):1–13.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Avaliação Nutricional da Disponibilidade Domiciliar de Alimentos no Brasil. Rio de Janeiro; 2020.
33. Canella DS, Silva ACF da, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cien Saude Colet*. 2013;18(2):297–308.
34. Saldiva SRDM, Venancio SI, De Santana AC, Da Silva Castro AL, Escuder MML, Giugliani ERJ. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. *Nutr J*. 2014;13(1):1–8.
35. Goryakin Y, Vuik S, Cecchini M. Promoting healthier diets and active lifestyles: Policies and best practices. 2019. 124–168 p.

36. IBGE IB de G e E-. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2020. 61 p.
37. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. 2020. 31–33 p.
38. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família TT - Anthropometric assessment and food intake of children younger. *Rev nutr.* 2010;23(2):221–9.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil : excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. 2020;17.
40. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. [Internet]. 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html%0Ahttps://data.dre.pt/eli/port/141/2018/05/18/p/dre/pt/html
41. Sperandio N, Priore SE. Inquéritos antropométricos e alimentares na população Brasileira: Importante fonte de dados para o desenvolvimento de pesquisas. *Cienc e Saude Coletiva.* 2017;22(2):499–508.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019. Vigitel Brasil 2019 : Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados . 2020. 139 p.
43. FAO, IFAD, UNICEF, WFP W. Food Security and Nutrition in the World. *IEEE Journal of Selected Topics in Applied Earth Observations and Remote Sensing.* 2020. 320 p.
44. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 2013.
45. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
46. Recine E, Vasconcellos AB. National policies and the field of food and nutrition in collective health: The current scenario. *Cienc e Saude Coletiva.* 2011;16(1):73–9.
47. Rizzolo De Oliveira Pinheiro A. Healthy Food and Health Promotion in the Context of Food and Nutrition Safety. *Saúde em Debate.* 2005;29(70):125–39.

48. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei de Segurança Alimentar e Nutricional. Lei Orgânica Segurança Aliment e Nutr Lei N° 11346 15 setembro 2006 Cria o Sist Nac Segurança Aliment e Nutr – SISAN com vistas em Assegur o direito Hum à Aliment adequada e dá outras Provid. 2006;28.
49. Silva S. A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: Projetos, descontinuidades e consolidação. Discuss Pap. 2014;
50. Ribeiro CDSG. Segurança Alimentar E Nutricional: Interfaces E Diminuição De Desigualdades Sociais. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2013;9(1):41–52.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2013. 84 p.
52. Brasil. Ministério da Saude. Portaria no 710, de 10 de junho de 1999. 1999.
53. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional N° 64, de 4 de Fevereiro de 2010. Brasil.; 2010.
54. Malta DC, Morais Neto OL de, Silva Junior JB da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol e Serviços Saúde. 2011;20(4):425–38.
55. Jaime PC, Delmuè DCC, Campello T, E Silva DO, Santos LMP. A look at the food and nutrition agenda over thirty years of the unified health system. Cienc e Saude Coletiva. 2018;23(6):1829–36.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília, DF.; 2014. 156 p.
57. Brasil. Ministério da Saúde . Atenção Saúde de Política Nacional de Promoção da Saúde. 2010.
58. Bortolini GA, Luisa A, Moura DP, Maria A, Lima C De, Oliveira H De, et al. Guias alimentares : estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. 2019;1–6.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira Guia Alimentar para a População Brasileira [Internet]. Ministério da Saúde. 2014. 156 p. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2019.01.190><http://www.visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/408/163>http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-20612016000400563&lng=en&tlng=en<http://dx.doi.org/10.31>
60. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Driving commitment for nutrition within the UN Decade of Action on Nutrition: policy brief. Genebra; 2018.

61. Monteiro, C.A., Cannon, G., Lawrence, M., Costa Louzada, M.L. and Pereira Machado P. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. FAO, editor. Rome; 2019.
62. Firmino CR, Tokarski CP, Bastos GPP, Ollaik LG, Czeczko L-LPLN, Preturlan RB. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015. 2015;114.
63. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Plano de Ação 2004 – 2007 [Internet]. 2004. 48p. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf
64. Castro LMX de, Simonetti MCM, Araújo MJ de. Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM),
65. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 2011. 1–82 p.
66. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2010-2060. IBGE.
67. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estatísticas de gênero : indicadores sociais das mulheres no Brasil / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2021;
68. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas em Informação Demográfica e Socioeconômica. 2018;(38):12 p.
69. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Retroprojeção da População do Brasil por Sexo e Idade: 2000-1980. 2016;27. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98635.pdf>
70. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Rendimento de todas as fontes 2019. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD. 2020;(1):1–12.
71. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Educação 2019, PNAD Contínua. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. 2020;2019(2):1–16. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf
72. Freitas AG, Lima DG de, Bortolini MJS, Meneguetti DU de O, Santos EF de S, Silva RPM, et al. Comparação do estado nutricional em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa de transferência de dinheiro condicional nos Estados do Acre e do Rio Grande do Sul, Brasil TT - Comparison of the nutritional status in children aged 5 t. Rev bras crescimento desenvolv hum [Internet]. 2017;27(1):35–41. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n1/pt_05.pdf

73. Martins AP, Monteiro CA. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health*. 2016 Aug 19;16(1):827. doi: 10.1186/s12889-016-3486-y. PMID: 27538516; PMCID: PMC4991072.
74. Paes-Sousa, Romulo; Regalia, Ferdinando; Stampini M. Conditions for Success in Implementing CCT Programs: Lessons for Asia from Latin America and the Caribbean. 2013;
75. Ferreira VA, Magalhães R, Ferreira VA, Magalhães R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saúde e Soc [Internet]*. 2017 Dec [cited 2019 Nov 19];26(4):987–98. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400987&lng=pt&tlng=pt
76. de Bem Lignani J, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2011;14(5):785–92.
77. Nazmi A, Monteiro C. The nutrition transition: the same, but different. *Public Health Nutrition*. Cambridge University Press; 2013;16(4):571–2.
78. Costa NS, Santos MO, Carvalho CPO, Assunção ML, Ferreira HS. Prevalence and factors associated with food insecurity in the context of the economic crisis in Brazil. *Curr Dev Nutr*. 2017;1(10):1–9.
79. Costa Louzada ML, Martins AP, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Cannon G, Monteiro CA. Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2015;49:38. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049006132. Epub 2015 Jul 10. PMID: 26176747; PMCID: PMC4544452.
80. Moraes VD de, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde em Debate*. setembro de 2017;41(spe3):129–43.
81. Duarte, Gisléia Benini, Sampaio, Breno e Sampaio, YonyPrograma Bolsa Família: impacto das transferências sobre os gastos com alimentos em famílias rurais. *Revista de Economia e Sociologia Rural [online]*. 2009, v. 47, n. 4 [Acessado 23 Junho 2021], pp. 903-918. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20032009000400005>>. Epub 20 Maio 2010. ISSN 1806-9479. <https://doi.org/10.1590/S0103-20032009000400005>.
82. Alcantara L da S, Alcantara L da S. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. *Saúde em Debate [Internet]*. 2014 [cited 2019 Nov 19];38(103):1008–9. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140086>
83. Brasil.Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria no- 251, de 12 de dezembro de 2012. p. 2012.
84. Brasil. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia para Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família. 2020.

85. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
86. Soares S, Sátyro N. O Programa Bolsa Família: Desenho Institucional, Impactos E Possibilidades Futuras. 1424 [Internet]. 2009;41. Available from: http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1424.pdf
87. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/ MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a Ofer e o Monit das ações saúde relativas às condicionalidades das famílias Benef do Programa Bols Família Brasília,. 2004;(3):1–21.
88. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Brasil; 2017.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Ofício-Circular nº 20/2018/CGAN/DAB/SAS/MS. 2018.
90. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 3.877, de 24 de julho de 2001 Institui o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Brasília, 2001.
91. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007 Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Brasília, 2007.
92. Resende ACC, De Oliveira AMHC. Avaliando resultados de um programa de transferência de renda: O impacto do bolsa-escola sobre os gastos das famílias Brasileiras. *Estud Econ*. 2008;38(2):235–65.
93. Carloto C. Condicionalidades nos Programas de Transferência de Renda e autonomia das mulheres. *Soc em Debate*. 2013;18(2):121–30.
94. Gomes S. Notas preliminares de uma crítica feminista aos programas de transferência direta de renda - o caso do Bolsa Família no Brasil. *Textos Context (Porto Alegre)* [Internet]. 2011;10(1):69–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2524640>.
95. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 1–54 p.
96. Brasil, Ministério da Saúde. Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica. Brasília; 2015. 59 p.
97. Abbafati C, Machado DB, Cislighi B, Salman OM, Karanikolos M, McKee M, et al. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1160–203.
98. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Operacional para Uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan versão 3.0. Brasília; 2017. p. 39.

99. Brasil, Ministério da Saúde. Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica. Brasília; 2015. p. 35.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Ficha de cadastro e acompanhamento nutricional do Sisvan - versão 3.0. p. 2–3.
101. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - Sisvan. Disponível em <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. [Acesso em 23 de jun de 2021].
102. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 1412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União 2013; 11 jul.
103. Morais RM, Costa AL, Gomes EJ. Information Systems Sus: a Historical Perspective and Policies of Computing and Information. *Nucleus*. 2014;11(1):239–56.
104. IFT. Institute of Food Technologists. Call to Action on Funding and Priorities. 2020;(January). Disponível em <https://www.ift.org/policy-and-advocacy/advocacy/funding-white-paper>.
105. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. 2011. 150 p.
106. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660–7.
107. Brasil. Ministério da Saude. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília; 2011. 76 p.
108. Brasil. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositi. 2011.

7. APÊNDICE

Neste tópico será apresentada a tabela Suplementos, material produzido para apoiar a compreensão dos resultados da pesquisa. Por contribuir com a discussão realizada, segue no item 7.1.

7.1 TABELA DE SUPLEMENTO

Suplemento 1. Proporção (%) de mulheres (em idade fértil: 14 a 44 anos), inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de APS, segundo a classificação do estado nutricional, por região e unidade federativa, no período de 2018 a 2019, Brasil.

UNIDADE GEOGRÁFICA	ESTADO NUTRICIONAL	1º Vigência 2018		2º Vigência 2018		1º Vigência 2019		2º Vigência 2019	
		n	%	n	%	n	%	n	%
BRASIL n= 22.753.017									
NORTE n= 3.539.926 (15,56%)	Baixo Peso	67.710	5,97%	51.454	6,16%*	48.507	6,74%*	56.948	6,68%
	Eutrofia	562.580	49,62%	397.846	47,67%	349.271	48,54%	416.751	48,91%
	Sobrepeso	325.234	28,69%	249.265	29,86%	205.042	28,50%	244.366	28,68%
	Obesidade	178.160	15,72%	136.103	16,31%	116.736	16,22%	133.953	15,72%
AC	Baixo Peso	3.406	5,72%	2.635	5,94%	2.814	6,66%	2.939	6,54%
	Eutrofia	27.927	46,92%	21.438	48,35%	20.308	48,07%	21.785	48,47%
	Sobrepeso	17.637	29,63%	12.846	28,97%	12.017	28,44%	12.693	28,24%
	Obesidade	10.550	17,73%	7.422	16,74%	7.108	16,82%	7.527	16,75%
AM	Baixo Peso	14.391	4,92%	11.803	5,71%	11.537	6,22%	14.038	6,35%
	Eutrofia	143.823	49,20%	96.312	46,61%	89.088	48,01%	107.276	48,52%

	Sobrepeso	84.770	29,00%	63.578	30,77%	53.630	28,90%	64.052	28,97 %
	Obesidade	49.322	16,87%	34.960	16,92%	31.294	16,87%	35.710	16,15 %
AP	Baixo Peso	2.092	5,55%	1.528	5,54%	1.311	5,22%	1.154	5,21%
	Eutrofia	16.210	43,01%	11.843	42,92%	11.301	44,98%	9.640	43,50 %
	Sobrepeso	12.226	32,44%	8.831	32,00%	7.716	30,71%	7.297	32,93 %
	Obesidade	7.161	19,00%	5.394	19,55%	4.796	19,09%	4.070	18,37 %
PA	Baixo Peso	36.926	6,32%	27.073	6,14%	25.860	6,82%	30.943	6,65%
	Eutrofia	298.241	51,02%	213.704	48,50%	187.313	49,39%	231.462	49,78 %
	Sobrepeso	167.191	28,60%	131.962	29,95%	108.054	28,49%	133.596	28,73 %
	Obesidade	82.225	14,07%	67.928	15,41%	57.992	15,29%	68.983	14,84 %
RO	Baixo Peso	3.151	7,57%	2.326	7,98%	1.862	8,05%	2.083	8,24%
	Eutrofia	19.615	47,15%	13.605	46,67%	10.971	47,46%	11.711	46,34 %
	Sobrepeso	11.072	26,61%	7.627	26,16%	6.052	26,18%	6.728	26,62 %
	Obesidade	7.765	18,66%	5.592	19,18%	4.232	18,31%	4.752	18,80 %
RR	Baixo Peso	1.192	4,72%	1.050	5,42%	837	5,43%	1.081	5,65%
	Eutrófico	11.188	44,33%	8.694	44,87%	6.682	43,33%	8.640	45,12 %

	Sobrepeso	7.680	30,43%	5.907	30,49%	4.743	30,75%	5.782	30,19%
	Obesidade	5.180	20,52%	3.725	19,22%	3.160	20,49%	3.646	19,04%
TO	Baixo Peso	6.552	7,06%	5.039	7,53%	4.286	8,77%	4.710	8,65%
	Eutrofia	45.576	49,14%	32.250	48,22%	23.608	48,30%	26.237	48,20%
	Sobrepeso	24.658	26,59%	18.514	27,68%	12.830	26,25%	14.218	26,12%
	Obesidade	15.957	17,21%	11.082	16,57%	8.154	16,68%	9.265	17,02%
NORDESTE n= 12.265.488 (53,91%)	Baixo Peso	278.196	6,76%	214.966	7,13%	193.541	8,02%	219.183	8,05%
	Eutrofia	1.953.604	47,48%	1.393.209	46,20%	1.136.030	47,07%	1.281.542	47,09%
	Sobrepeso	1.187.944	28,87%	879.109	29,15%	672.740	27,88%	757.153	27,82%
	Obesidade	695.006	16,89%	528.477	17,52%	410.968	17,03%	463.820	17,04%
AL	Baixo Peso	15.400	6,89%	9.868	7,79%	9.577	8,99%	11.101	8,73%
	Eutrofia	99.650	44,57%	56.879	44,87%	48.324	45,37%	58.085	45,69%
	Sobrepeso	64.807	28,99%	35.471	27,99%	28.427	26,69%	34.056	26,79%
	Obesidade	43.716	19,55%	24.532	19,35%	20.178	18,95%	23.896	18,80%
BA	Baixo Peso	76.553	7,34%	63.139	7,65%	55.712	8,56%	61.906	8,49%
	Eutrofia	495.675	47,50%	382.405	46,33%	301.922	46,41%	337.868	46,35%

	Sobrepeso	294.775	28,25%	233.913	28,34%	179.758	27,63%	200.089	27,45%
	Obesidade	176.589	16,92%	145.893	17,68%	113.189	17,40%	129.034	17,70%
CE	Baixo Peso	41.089	5,89%	32.228	6,08%	29.071	6,95%	31.750	6,89%
	Eutrofia	311.426	44,63%	230.480	43,51%	185.683	44,37%	204.481	44,36%
	Sobrepeso	216.094	30,97%	164.961	31,14%	125.182	29,91%	136.992	29,72%
	Obesidade	129.175	18,51%	102.009	19,26%	78.531	18,77%	87.760	19,04%
MA	Baixo Peso	47.915	7,22%	34.172	7,80%	32.567	8,47%	39.102	8,91%
	Eutrofia	356.912	53,76%	222.486	50,76%	200.836	52,20%	230.930	52,61%
	Sobrepeso	177.987	26,81%	122.803	28,02%	101.859	26,48%	115.072	26,22%
	Obesidade	81.028	12,21%	58.812	13,42%	49.445	12,85%	53.820	12,26%
PB	Baixo Peso	18.375	6,36%	14.000	7,01%	12.177	8,45%	13.842	8,26%
	Eutrofia	129.547	44,81%	90.437	45,26%	67.020	46,51%	77.617	46,33%
	Sobrepeso	86.080	29,78%	57.881	28,96%	39.287	27,26%	45.662	27,26%
	Obesidade	55.087	19,06%	37.513	18,77%	25.615	17,78%	30.407	18,15%
PE	Baixo Peso	33.230	6,13%	24.877	6,32%	23.916	7,16%	26.190	6,99%
	Eutrófico	258.422	47,64%	180.285	45,77%	158.721	47,49%	177.258	47,28%

	Sobrepeso	158.083	29,14%	117.816	29,91%	93.562	28,00%	107.777	28,75%
	Obesidade	92.709	17,09%	70.928	18,01%	57.992	17,35%	63.677	16,98%
PI	Baixo Peso	22.524	7,83%	18.661	8,15%	15.431	9,04%	18.074	9,47%
	Eutrofia	142.397	49,47%	112.019	48,92%	84.434	49,44%	93.822	49,14%
	Sobrepeso	81.289	28,24%	65.078	28,42%	46.165	27,03%	51.123	26,78%
	Obesidade	41.627	14,46%	33.204	14,50%	24.743	14,49%	27.893	14,61%
RN	Baixo Peso	10.953	5,62%	8.391	5,97%	6.807	6,67%	8.198	6,75%
	Eutrófico	79.882	40,98%	57.671	41,06%	42.845	42,00%	50.786	41,85%
	Sobrepeso	59.960	30,76%	43.081	30,67%	29.872	29,28%	35.744	29,45%
	Obesidade	44.129	22,64%	31.307	22,29%	22.493	22,05%	26.635	21,95%
SE	Baixo Peso	12.157	7,08%	9.630	7,26%	8.283	8,13%	9.020	8,12%
	Eutrofia	79.693	46,42%	60.547	45,67%	46.245	45,37%	50.695	45,65%
	Sobrepeso	48.869	28,47%	38.105	28,75%	28.628	28,08%	30.638	27,59%
	Obesidade	30.946	18,03%	24.279	18,32%	18.782	18,42%	20.698	18,64%
CENTRO-OESTE n= 1.125.925 (4,95%)	Baixo Peso	22.734	6,06%	16.523	6,14%	16.388	6,96%	16.734	6,80%
	Eutrofia	164.121	43,74%	115.952	43,06%	102.885	43,71%	105.817	43,00%

	Sobrepeso	105.562	28,14%	77.041	28,61%	64.511	27,41%	68.457	27,82 %
	Obesidade	82.762	22,06%	59.761	22,19%	51.585	21,92%	55.092	22,39 %
DF	Baixo Peso	2.099	6,52%	1.436	6,25%	1.391	6,96%	1.577	7,05%
	Eutrofia	13.984	43,42%	9.808	42,72%	8.518	42,64%	9.552	42,71 %
	Sobrepeso	9.183	28,51%	6.687	29,12%	5.732	28,69%	6.298	28,16 %
	Obesidade	6.941	21,55%	5.030	21,91%	4.337	21,71%	4.937	22,08 %
GO	Baixo Peso	11.953	6,65%	8.839	6,45%	8.551	7,37%	8.915	7,54%
	Eutrofia	82.064	45,66%	62.295	45,46%	53.860	46,42%	54.169	45,84 %
	Sobrepeso	50.065	27,85%	38.942	28,42%	31.280	26,96%	31.814	26,92 %
	Obesidade	35.655	19,84%	26.944	19,66%	22.336	19,25%	23.272	19,69 %
MS	Baixo Peso	3.414	5,15%	2.706	5,77%	2.795	6,49%	2.657	5,83%
	Eutrofia	26.046	39,30%	18.311	39,06%	17.281	40,11%	18.102	39,71 %
	Sobrepeso	18.664	28,16%	13.248	28,26%	11.848	27,50%	12.730	27,92 %
	Obesidade	18.156	27,39%	12.612	26,90%	11.158	25,90%	12.101	26,54 %
MT	Baixo Peso	5.268	5,43%	3.542	5,67%	3.651	6,49%	3.585	5,98%
	Eutrofia	42.027	43,35%	25.538	40,91%	23.226	41,27%	23.994	40,01 %

	Sobrepeso	27.650	28,52%	18.164	29,10%	15.651	27,81%	17.615	29,37 %
	Obesidade	22.010	22,70%	15.175	24,31%	13.754	24,44%	14.782	24,65 %
SUDESTE n= 4.701.214 (20,66%)	Baixo Peso	87.377	5,90%	68.076	5,79%	66.362	6,79%	69.076	6,48%
	Eutrofia	636.301	42,97%	497.470	42,29%	421.493	43,11%	460.880	43,21 %
	Sobrepeso	414.153	27,97%	329.137	27,98%	266.004	27,21%	291.110	27,29 %
	Obesidade	342.869	23,16%	281.539	23,94%	223.801	22,89%	245.566	23,02 %
ES	Baixo Peso	5.311	5,90%	3.801	5,78%	3.899	7,01%	4.134	6,63%
	Eutrofia	37.633	41,82%	27.744	42,21%	23.249	41,79%	26.505	42,50 %
	Sobrepeso	25.270	28,08%	18.428	28,03%	15.151	27,23%	16.805	26,95 %
	Obesidade	21.782	24,20%	15.761	23,98%	13.334	23,97%	14.914	23,92 %
MG	Baixo Peso	40.632	6,36%	31.834	6,57%	29.629	7,81%	30.975	7,51%
	Eutrofia	302.368	47,35%	228.234	47,13%	180.452	47,54%	197.159	47,80 %
	Sobrepeso	173.432	27,16%	131.428	27,14%	98.208	25,87%	107.091	25,96 %
	Obesidade	122.154	19,13%	92.781	19,16%	71.313	18,79%	77.269	18,73 %
RJ	Baixo Peso	16.941	5,93%	13.855	5,68%	14.840	6,34%	15.783	6,20%
	Eutrofia	114.812	40,17%	96.402	39,50%	97.638	41,75%	107.161	42,07 %

	Sobrepeso	81.446	28,49%	68.313	27,99%	65.670	28,08%	70.795	27,79%	%
	Obesidade	72.628	25,41%	65.485	26,83%	55.738	23,83%	61.007	23,95%	%
SP	Baixo Peso	24.493	5,25%	18.586	4,86%	17.994	5,83%	18.184	5,40%	
	Eutrofia	181.488	38,92%	145.090	37,97%	120.154	38,94%	130.055	38,59%	%
	Sobrepeso	134.005	28,74%	110.968	29,04%	86.975	28,19%	96.419	28,61%	%
	Obesidade	126.305	27,09%	107.512	28,13%	83.416	27,04%	92.376	27,41%	%
SUL n= 1.120.464 (4,92%)	Baixo Peso	17.863	4,46%	11.724	4,31%	11.306	5,27%	11.461	4,91%	
	Eutrofia	161.590	40,39%	109.570	40,24%	87.390	40,71%	94.231	40,38%	%
	Sobrepeso	113.632	28,40%	77.520	28,47%	59.207	27,58%	64.519	27,64%	%
	Obesidade	107.034	26,75%	73.453	26,98%	56.788	26,45%	63.176	27,07%	%
PR	Baixo Peso	9.050	4,94%	6.162	4,65%	6.069	5,56%	6.097	5,20%	
	Eutrofia	78.520	42,83%	56.117	42,30%	46.350	42,50%	49.396	42,14%	%
	Sobrepeso	52.144	28,44%	37.812	28,50%	30.121	27,62%	32.519	27,74%	%
	Obesidade	43.613	23,79%	32.565	24,55%	26.517	24,31%	29.196	24,91%	%
RS	Baixo Peso	6.059	3,93%	3.829	3,79%	3.646	4,79%	3.671	4,39%	
	Eutrofia	56.640	36,70%	37.093	36,76%	28.516	37,44%	31.080	37,21%	%

	Sobrepeso	43.822	28,40%	28.992	28,73%	21.078	27,68%	23.149	27,71 %	
	Obesidade	47.800	30,97%	31.001	30,72%	22.918	30,09%	25.630	30,68 %	
SC	Baixo Peso	2.754	4,41%	1.733	4,48%	1.591	5,40%	1.693	5,19%	
	Eutrofia	26.430	42,31%	16.360	42,28%	12.524	42,49%	13.755	42,13 %	
	Sobrepeso	17.666	28,28%	10.716	27,69%	8.008	27,17%	8.851	27,11 %	
	Obesidade	15.621	25,01%	9.887	25,55%	7.353	24,95%	8.350	25,58 %	

8. ANEXO

8.1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FIOCRUZ-BRASÍLIA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES INSCRITAS NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, NO PERÍODO DE 2015 A 2019, NAS 5 MACRORREGIÕES DO BRASIL.

Pesquisador: Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28614220.3.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.857.620

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem caráter exploratório com abordagem quantitativa. Trata-se de um estudo com dados secundários oriundos dos bancos de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e do novo Sistema do Bolsa Família, que se encontram na plataforma e-Gestor. A população desse estudo compreende mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (mulheres em idade fértil - 14 a 44 anos), que possuam pelo menos um registro de peso ou estatura no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) entre os anos de 2015 e 2019, levando em consideração os dados disponíveis nos sistemas de informação que são determinados pela cobertura do PBF e das condicionalidades de saúde em cada ano do estudo. Será realizada integração de dados, tendo por base o NIS (Número Identificador Social) dos indivíduos, código atribuído pela Caixa Econômica Federal (CEF) a todos os indivíduos que se inscrevem no CadÚnico. Todos os dados individualizados dos bancos serão solicitados com ausência de dados que permitam a identificação do sujeito, preservando seu anonimato.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo geral: Avaliar a tendência temporal de sobrepeso e obesidade em mulheres na idade fértil inscritas no PBF e acompanhadas pelas equipes de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2015 a 2019. Como objetivos específicos: "Identificar os dados sociodemográficos da população estudada. Avaliar o estado nutricional das beneficiárias

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 3.857.620

do Programa Bolsa Família. Verificar a influência dos marcadores de consumo alimentar, em mulheres beneficiárias."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos os riscos e benefícios da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do CNS, item V.

Por se tratar de um estudo realizado com registros administrativos mediante a solicitação de banco de dados individualizada, porém sem que permita a identificação pessoal dos sujeitos acompanhados, considera-se uma pesquisa de riscos mínimos.

Com relação aos benefícios, os resultados dessa pesquisa deverão subsidiar a tomada de decisão no planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas de alimentação e nutrição efetivas e que possam apoiar o cuidado ofertado na Atenção Primária a Saúde à população de mulheres no âmbito federal, bem como auxiliar no conhecimento do atual cenário epidemiológico de alimentação e nutrição deste público. O presente estudo permitirá ainda a identificação de regiões com maiores prevalências de excesso de peso, obesidade e práticas alimentares inadequadas; e propiciar, desta forma, um olhar focalizado para essas regiões, no que concerne a política pública, objetivando intervenções equânimes e adequadas para o público avaliado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo bem delineado, com relevância técnica e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados. Solicita liberação do TCLE, em função do uso de dados secundários provenientes de sistemas de informação governamentais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências ou inadequações. Os pesquisadores deverão apresentar o relatório final da pesquisa ao CEP, para que este possa concluir o trâmite de submissão de projetos na Plataforma Brasil.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 3.857.620

510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1504059.pdf	03/02/2020 16:09:55		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Qualificacao_Projeto.docx	03/02/2020 15:58:29	Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	03/02/2020 15:49:40	Ludimyla dos Santos Victor Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 27 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasilia@fiocruz.br

8.2 FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

	FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN	DICITADO POR: _____	DATA: ____/____/____
		CONFERIDO POR: _____	FOLHA Nº _____

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: _____	CBO: _____	COD. UNES UNIDADE:*	COD. EQUIPE (INE): _____	MICROÁREA: _____
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: _____		LOCAL DE ATENDIMENTO: (*) _____	DATA: ____/____/____	

CADASTRO DO INDIVÍDUO		
Nº CARTEIRA SUS:*	NIS (Nº identificação Social):	Data de Nascimento:*
_____	_____	____/____/____
Nome completo:*		

Nome completo de mãe:*		

<input type="checkbox"/> Desconhecido		
Sexo*	Raça / Cor:*	Povo / Comunidade tradicional: (*)
<input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	<input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena	_____
Naz. ou nat. de:	País de Nascimento:	UF Nascimento:*
<input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira	_____	_____
Frequenta ou frequentou escola ou creche?*		<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?		
<input type="radio"/> Creche	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo)
<input type="radio"/> Pré-escola (exceto CNA)	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Sujeito de 1ª a 4ª)	<input type="radio"/> Superior: Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado
<input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA	<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo de 5ª a 8ª)	<input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móvel etc)
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio, Médio Técnico (Científico, Tecnológico)	<input type="radio"/> Nenhum
<input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	<input type="radio"/> Ensino Médio Especial	<input type="radio"/> Sem informação
<input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo		

PROGRAMAS VINCULADOS	
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> SISVAN	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> _____

CADASTRO DE DOMICÍLIO			
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):			

Bairro	CEP:	DDD:	Telefone:
_____	_____	_____	_____

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL			
Criança < 10 anos (peso em Kg):*	Altura (em cm):	Peso ao nascer (em gramas):	
Adolescência - 10 a < 20 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*		
Adulto - 20 a < 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro da cintura (em cm):	
Idoso > 60 anos (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Perímetro do punho (em cm):	
Gestante (peso em kg):*	Altura (em cm):*	Peso pré-gestacional (em kg):	DUM: (*) ____/____/____
Doenças*		Deficiências e/ou intercorrências*	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva	<input type="checkbox"/> IPF (Infecção Respiratória Aguda)
<input type="checkbox"/> Diabetes melítus	<input type="checkbox"/> Outras doenças	<input type="checkbox"/> EDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo)	<input type="checkbox"/> Hipertensão A
<input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica		<input type="checkbox"/> Infecções intestinais	<input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências
Tipo de Acompanhamento*		Grupos	
<input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Hipertensos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Chamada Nutricional	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Diabéticos	<input type="checkbox"/> _____
<input type="radio"/> Saúde na Escola			

* Campo Obrigatório.

** Campo obrigatório apenas para crianças maiores de 2 anos.

8.3 FICHA DE MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	COLHIDA POR:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
	-			/ /

CNS DO CIDADÃO:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nome do Cidadão:* _____

Data de nascimento:* / / Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento: | |

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	Comida de sal (de pão e a, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez(es) <input type="radio"/> 2 vez(es) <input type="radio"/> 3 vez(es) ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, sopa ou sepa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez(es) <input type="radio"/> 2 vez(es) <input type="radio"/> 3 vez(es) ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa com da foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na panela <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caço <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Doce	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os tubérculos como batata, mandioca/alpírr/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta com casca arranhada (abóbora ou jé/mum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, canua, brécol, berta hu, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (a faco, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Carne (bo, frango, peixe, porco, niucos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Fritão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Arroz, batata, inhame, arroz/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem sal instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Hambúguer e/ou embucos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com polpa de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, saquinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pãezinhos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de reapazar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Doce	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, alpírr, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúguer e/ou embucos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groseira, suco de fruta com polpa de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Macarrão instantâneo, saquinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bolas, pãezinhos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 * Campo obrigatório
 ** Todas as questões do bloco devem ser respondidas
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - FUA 04 - Domício 05 - Escola/Croche 06 - Outros 07 - Pólo (Academia da Saúde)
 08 - Instituto/Origem 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa