

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Quéren Hapuque de Carvalho

**PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA E  
INDICADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: uma análise  
das mulheres adultas beneficiárias do Programa Bolsa Família**

Belo Horizonte - MG

2021

QUÉREN HAPUQUE DE CARVALHO

**PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA E  
INDICADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: uma análise  
das mulheres adultas beneficiárias do Programa Bolsa Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deborah Carvalho Malta

Belo Horizonte - MG

2021

C331p Carvalho, Quéren Hapuque de.  
Programa de Transferência Condicionada de Renda e indicadores de doenças crônicas não transmissíveis [manuscrito]: uma análise das mulheres adultas beneficiárias do Programa Bolsa Família. / Quéren Hapuque de Carvalho. - - Belo Horizonte: 2021.  
144f.: il.  
Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Renda. 2. Fatores Socioeconômicos. 3. Indicadores de Desigualdade em Saúde. 4. Inquéritos Epidemiológicos. 5. Saúde da Mulher. 6. Doenças não Transmissíveis. 7. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: QZ 185

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ATA DE DEFESA DE TESE

**ATA DE NÚMERO 176 (CENTO E SETENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA QUÉREN HAPUQUE DE CARVALHO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 10 (dez) dias do mês de agosto de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA CONDICIONADA DE RENDA E INDICADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS UMA ANÁLISE DAS MULHERES ADULTAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA*", da aluna **Quéren Hapuque de Carvalho**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Deborah Carvalho Malta (orientadora), Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino, Mariana Santos Felisbino Mendes, Regina Tomie Ivata Bernal e Ísis Eloah Machado, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

**APROVADA;**

**REPROVADA.**

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Defino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de agosto de 2021.

Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta \_\_\_\_\_

Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino \_\_\_\_\_

(UFBA)

Prof.ª Dr.ª Mariana Santos Felisbino Mendes \_\_\_\_\_

(EE/UFMG)

Profª. Drª. Regina Tomie Ivata Bernal \_\_\_\_\_

(Fac. de Info. e Administração Paulista)

Profª. Drª. Ísis Eloah Machado \_\_\_\_\_

(UFOP)

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 23.08.2021

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

#### MODIFICAÇÃO DE TESE

Modificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **QUÉREN HAPUQUE DE CARVALHO**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES	ASSINATURAS
Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta	_____
Profª. Drª. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino	_____
Profª. Drª. Mariana Santos Felisbino Mendes	_____
Profª. Drª. Regina Tomie Ivata Bernal	_____
Profª. Drª. Ísis Eloah Machado	_____



Documento assinado eletronicamente por **Ísis Eloah Machado, Usuário Externo**, em 11/08/2021, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Regina Tomie Ivata Bernal, Usuário Externo**, em 11/08/2021, às 14:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta, Professora do Magistério Superior**, em 12/08/2021, às 08:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 13/08/2021, às 08:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino, Usuário Externo**, em 14/08/2021, às 10:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andréia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 16/08/2021, às 08:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 23.09.2021



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orcao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orcao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0888389** e o código CRC **6DCC0F44**.

Referência: Processo nº 13072.229027/2020-95

SEI nº 0888389

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 23/08/2021

*Para os meus amores, **Maya e Douglas**.  
Em vocês encontro a força que preciso para  
seguir em frente em todos os momentos...*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, essa força maior que me conduz ao melhor caminho sempre, colocando pessoas e situações certas na minha vida. Chegar até aqui não foi fácil, sobretudo pelo triplo desafio: o de ser mãe, doutoranda e servidora pública. Mas a fé em Deus, a dedicação diária e a torcida de pessoas queridas fizeram a caminhada ser mais suave.

Com todo amor do mundo, agradeço a minha família nuclear, minha filha Maya, fonte de energia, esperança e alegria diária. A sua existência me motiva a ir mais longe, meu amor! Ao meu esposo Douglas, conselheiro para todas as horas, meu grande incentivador para tudo na vida, desde o primeiro projeto, na época da graduação. Você realmente mudou o curso da minha vida, obrigada por tanto! Sem vocês, nada seria possível e também nada valeria a pena!

A minha mãe, Joelma, mãe solo e nordestina guerreira. Soube direcionar o melhor caminho, o estudo. Você conseguiu, mãe! Essa é também uma conquista sua!

À Cris pelo colo carinhoso que acolheu a minha pequena Maya nos momentos em que a mamãe precisava estudar e trabalhar. Muito obrigada, anjo Cris!

Aos meus sogros, Conceição e Braz, pelo carinho e por sempre torcerem por minhas conquistas como uma filha para vocês!

À tia Maria Stela, que me acolheu com tanto carinho na sua casa em Belo Horizonte. Seu apoio foi fundamental para essa conquista. À Tia Marília, Iza e os demais pela agradável companhia durante a estadia em BH.

Em especial, a minha orientadora, professora Deborah Carvalho Malta, pela condução, sensibilidade, respeito e confiança. Juntas acreditamos na relevância deste trabalho e isso nos fez seguir em frente. Sinto-me privilegiada em ser sua orientanda, tamanha é a minha admiração pela profissional e pessoa que você é!

Às professoras Mariana Santos Felisbino Mendes e Regina Tomie Ivata Bernal pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições na fase de qualificação, as quais foram fundamentais para tornar este trabalho melhor. Estendo o agradecimento às professoras Estela Aquino e Ísis Eloah Machado, que participaram da banca de defesa e teceram apontamentos de grande relevância.

Aos amigos do grupo de pesquisa, em especial, Alanna, Carol, Elton, Juliana e Laís. A caminhada junto com vocês foi mais leve e divertida. Obrigada por toda força e pelas trocas de experiências, vocês são amigos que levarei para a vida! Agradeço também às amigas Laura (minha conterrânea), Melissa e Jéssica o apoio e os memoráveis momentos de descontração.

Quantas vivências dividimos!

A todo o corpo de docente do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG pela dedicação, competência e grande saber, possibilitando a todos nós, alunos, que aproximássemos da luz da ciência, instrumentalizando-nos com o conhecimento da mais alta qualidade. Estendo este agradecimento aos profissionais de apoio do Colegiado de Pós-Graduação por estarem sempre dispostos a ajudar.

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, na pessoa de Renata Mercês, a torcida, apoio e suporte institucional, sem o qual não teriam sido possíveis as várias idas e vindas de Juiz de Fora a Belo Horizonte. Estendo o agradecimento aos colegas da Coordenação de Saúde, Segurança e Bem-Estar (Cossbe-Siass), Paulo, Lilian, Fernandinha, Jordana e os demais, pela torcida e compreensão nos momentos de ausência.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente participaram desta conquista e torceram pela realização desse sonho, expresso aqui minha gratidão.

**Muito Obrigada!**

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”*

(Antoine de Santi-Exupéry)

*“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”.*

(Boaventura de Souza Santos)

CARVALHO, Q. H. Programa de Transferência Condicionada de Renda e indicadores de doenças crônicas não transmissíveis: uma análise das mulheres adultas beneficiárias do Programa Bolsa Família. 2021. 144 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

## RESUMO

**Introdução:** estudos mostram que populações com piores condições socioeconômicas estão mais suscetíveis ao desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Outro conjunto de evidências aponta que políticas de proteção social que visam melhorar as condições socioeconômicas têm impactos positivos na saúde. No contexto brasileiro, o Programa Bolsa Família (PBF) é o maior Programa de Transferência Condicionada de Renda em cobertura populacional do mundo, sendo a concessão desse benefício dada preferencialmente às mulheres, conformando o conceito de discriminação positiva. No entanto, não se sabe se as mulheres beneficiárias do PBF são mais susceptíveis às DCNTs e seus fatores de risco. **Objetivo:** estimar a magnitude de DCNTs, seus fatores de risco e sua evolução na população de mulheres brasileiras, segundo o recebimento do benefício do PBF. **Métodos:** a presente tese é composta de três artigos. **Artigo 1:** revisão integrativa de literatura a respeito da ocorrência de DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do PBF, e a busca de estudos foi feita nas bases de dados de abrangência nacional e internacional, com corte temporal de 2004 a 2020. **Artigo 2:** estudo de delineamento transversal e de série temporal com uso de dados provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal no período de 2016 a 2019. Foram estimadas as prevalências e as razões de prevalência brutas e ajustadas dos indicadores para DCNTs com os respectivos intervalos de confiança pelo modelo de regressão de *Poisson*. Na análise de tendência temporal do período em questão, empregou-se o modelo de regressão *linear simples*, sendo a variável desfecho os indicadores de DCNTs e a variável explicativa o ano do levantamento. **Artigo 3:** estudo transversal descritivo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) para avaliar a prevalência dos indicadores de DCNTs, incluindo exames laboratoriais, na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva segundo o recebimento do Bolsa Família (BF). Foram comparados indicadores entre as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) que disseram ter ou não BF e calculados a prevalência e o intervalo de confiança. **Resultados Artigo 1:** 23 artigos fizeram parte do *corpus* de análise dessa revisão. Evidenciou-se predomínio de estudos transversais (86,95%), sendo a maioria realizada no estado de Minas Gerais (21,74%) e Brasil (21,74%), 78,26% das publicações foram em periódicos nacionais e 2020 foi o ano com mais publicações (17,39%). As análises realizadas permitiram a construção de três categorias por similaridade temática: 1. Prevalência dos fatores de risco para DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF; 2. Estado nutricional e insegurança alimentar em crianças, adolescentes e famílias beneficiárias do PBF; 3. Consumo alimentar de beneficiários do PBF. **Artigo 2:** esse artigo mostrou que as beneficiárias do PBF apresentaram maiores prevalências no uso do tabaco, excesso de peso e obesidade, menor consumo de frutas, legumes e verduras, menor prática de atividade física no lazer, menores coberturas de exames preventivos para o câncer (Papanicolau e mamografia), além de avaliarem pior seu estado de saúde. Entre as beneficiárias, a análise de tendência evidenciou elevação das prevalências de excesso de peso de 55,9% para 62,6% e tempo de tela sem TV (usos de *tablets*, celular e/ou computador) de 13,5% para 27,8%. **Artigo 3:** observou-se neste artigo que as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF têm piores indicadores em saúde quando comparadas às não beneficiárias, como maior ocorrência de sobrepeso (33,5%) e obesidade (26,9%) ( $p < 0,001$ ), hipertensão 13,4% *versus* 4,4% ( $p < 0,001$ ), uso de

tabaco 11,2% *versus* 8,2% ( $p = 0,029$ ), além de 6,2% perceberem sua saúde pior em comparação a 2,4% das mulheres não beneficiárias ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** as análises evidenciaram que os fatores de risco de DCNTs foram mais elevados entre beneficiários do Bolsa Família, no entanto, essa não é uma relação causal, sendo o BF um marcador de desigualdade socioeconômica. Ademais, os resultados aqui mostrados ratificam que os recursos destinados ao PBF têm sido direcionados à população com maior necessidade em saúde, buscando assim reduzir iniquidades, e reforçam a importância da continuidade e permanência de políticas afirmativas para essa população vulnerável.

**Palavras-chave:** Programas de Transferência de Renda. Programa Bolsa Família. Indicadores de Desigualdade em Saúde. Inquéritos de Saúde. Saúde das Mulheres. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

CARVALHO, Q. H. Conditioned Income Transfer Program and chronic non-communicable diseases indicators: an analysis of adult women beneficiaries of the Bolsa Família Program. 2021. 144 p. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** studies show that populations with worse socioeconomic conditions are more susceptible to the development of chronic non-communicable diseases (CNCDs). Another set of evidence points out that social protection policies aimed at improving socioeconomic conditions have positive impacts on health. In the Brazilian context, the Bolsa Família Program (PBF) is the largest Conditional Cash Transfer Program in terms of population coverage in the world, with the granting of this benefit preferably given to women, conforming to the concept of positive discrimination. However, there is an important gap with regard to possible health inequities, that is, whether women beneficiaries of the BFP are more susceptible to CNCDs and their risk factors. **Objective:** estimate the magnitude of chronic non-communicable diseases (NCDs), their risk factors and their evolution in the population of Brazilian women, according to the receipt of the Bolsa Família Program (BFP) benefit. **Methods:** this thesis consists of three articles. **(Article 1):** this is an integrative literature review on the occurrence of CNCD and its risk factors in the beneficiary population of the Bolsa Família Program (BFP), which was searched in national and international databases, with a time cut from 2004 to 2020. **(Article 2):** cross-sectional study and time series using data from the Surveillance System for Risk and Protection Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey, from 26 Brazilian states and the Federal District in the period from 2016 to 2019. The crude and adjusted prevalences and prevalence ratios of the indicators for CNCDs were estimated with the respective confidence intervals using the Poisson regression model. In the analysis of the temporal trend of the period in question, the simple linear regression model was used, with the outcome variable being the CNCD indicators and the explanatory variable the year of the survey. **(Article 3):** descriptive cross-sectional study carried out with data from the National Health Survey to assess the prevalence of NCD indicators, including laboratory tests, in the population of Brazilian women of reproductive age according to receiving the BF. Indicators were compared among women of reproductive age (18 to 49 years) who said they had or not Bolsa Família, and the prevalence and confidence interval were calculated using Pearson's  $\chi^2$ . **Results: (Article 1):** 23 articles are part of the analysis corpus of this review. There was a predominance of cross-sectional studies (86.95%), with the majority carried out in the state of Minas Gerais (21.74%) and Brazil (21.74%), 78.26% of the publications were in national journals and 2020 was the year with the most publications (17.39%). The analyzes performed allowed the construction of three categories by thematic similarity: 1. Prevalence of risk factors for CNCDs in women beneficiaries of the BFP; 2. Nutritional status and food insecurity in children, adolescents and families benefiting from the PBF; 3. Food consumption of PBF beneficiaries. **(Article 2):** this article showed that PBF beneficiaries had higher prevalences of tobacco use, overweight and obesity, lower consumption of fruits and vegetables, less physical activity during leisure time, lower coverage of preventive exams for cancer (Pap and mammography), in addition to evaluating their health status worse. Among the beneficiaries, the trend analysis showed an increase in the prevalence of overweight from 55.9% to 62.6% and screen time without TV (tablet, cell phone and/or computer use) from 13.5% to 27.8%. **(Article 3):** it was observed in this article that women of reproductive age who are beneficiaries of the BF have worse health indicators when compared to non-beneficiaries, such as a higher occurrence of overweight (33.5%) and obesity (26.9%) ( $p < 0.001$ ), hypertension 13.4% versus 4.4% ( $p < 0.001$ ), tobacco

use (11.2%) versus 8.2% ( $p = 0.029$ ), in addition to 6.2% realizing their health worse, compared to 2.4% of non-beneficiary women ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** data analysis showed that CNCD risk factors were higher among Bolsa Família beneficiaries, however, this is not a causal relationship, with BF being a marker of socioeconomic inequality. Furthermore, the results shown here confirm that the resources allocated to the PBF have been directed to the population with the greatest need for health, thus seeking to reduce inequities, and reinforce the importance of the continuity and permanence of affirmative policies for this vulnerable population.

**Keywords:** Cash Transfer Programs. Bolsa Família Program. Health Inequality Indicators. Health Surveys. Women's Health. Chronic Noncommunicable Diseases.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro A. Estratégia de busca elaborada na PubMed.....	43
Figura A. Nível de evidência e grau de recomendação dos estudos segundo a classificação do JBI.....	45
 <b>Artigo 1</b>	
Quadro 1. Estratégia de busca elaborada na PubMed. ....	59
Quadro 2. Caracterização das publicações segundo autor, ano, desenho, local de realização, população-alvo, periódico e nível de evidência.....	63
Quadro 3. Categorização dos estudos por similaridade temática. ....	67
Figura 1. Fluxograma Prisma da seleção de estudos .....	62

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 2

Tabela 1. Frequência da amostra de mulheres ( $\geq 18$  anos) por idade, nível de instrução e região de moradia, segundo relato de possuir ou não o benefício do Programa Bolsa Família. Conjunto das capitais e Distrito Federal. Vigitel, Brasil, 2016 a 2019 ..... 98

Tabela 2. Prevalência e Razão de Prevalência de indicadores de DCNTs em mulheres que recebem ou não o Programa Bolsa Família. Vigitel, Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019..... 99

Tabela 3. Tendência dos Indicadores de DCNTs em mulheres que recebem o benefício do Programa Bolsa Família. Vigitel, Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019 ..... 101

Tabela 4. Tendência dos Indicadores de DCNTs em mulheres que não recebem o benefício do Programa Bolsa Família. Vigitel, Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019 ..... 102

### Artigo 3

Tabela 1. Distribuição de mulheres entre 18 e 49 anos, com e sem Bolsa Família, segundo idade, escolaridade, cor de pele e região de moradia. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 Brasil..... 116

Tabela 2. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, Brasil..... 117

Tabela 3. Prevalência de indicadores de acesso e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) autorreferidas em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 Brasil ..... 118

Tabela 4. Resultados laboratoriais em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2014–2015\*\*, Brasil ... 119

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AF</b>	Atividade Física
<b>BF</b>	Bolsa Família
<b>CadÚnico</b>	Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal
<b>CEP</b>	Código de Endereçamento Postal
<b>DCNT</b>	Doença Crônica não Transmissível
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FLV</b>	Frutas, Legumes e Verduras
<b>GBD</b>	<i>Global Burden of Disease</i> (Carga de Doença Global)
<b>HDL</b>	Lipoproteína de alta densidade
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC95%</b>	Intervalo de Confiança de 95 por cento
<b>JBI</b>	<i>Joanna Briggs Institute</i>
<b>LDL</b>	Lipoproteína de baixa densidade
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>Opas</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>Pnad</b>	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
<b>PNS</b>	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>PBE</b>	Programa Bolsa Escola
<b>PBF</b>	Programa Bolsa Família
<b>Peti</b>	Programa de Erradicação de Trabalho Infantil
<b>Pnae</b>	Programa Nacional de Alimentação Escolar
<b>PTCR</b>	Programa de Transferência Condicionada de Renda
<b>RP</b>	Razão de Prevalência
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TFG</b>	Taxa de filtração glomerular
<b>Vigitel</b>	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## LISTA DE SÍMBOLOS

$\beta$	Coeficiente angular
$<$	Menor
$>$	Maior
$\leq$	Menor ou igual
$\geq$	Maior ou igual
$=$	Igual
$\%$	Por cento
$p$	Valor-p
$\chi^2$	Qui-quadrado
$R^2$	Coeficiente de determinação

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>27</b>
2.1 Objetivo Geral .....	27
2.2 Objetivos Específicos .....	27
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>28</b>
3.1 Programas de Transferência Condicionada de Renda e o Programa Bolsa Família: uma breve contextualização .....	28
3.2 Política de Transferência Condicionada de Renda – o Bolsa Família: empoderamento feminino <i>versus</i> condicionalidades .....	33
3.3 Inquéritos em saúde e a epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis na população de mulheres .....	37
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>41</b>
4.1 Delineamento do estudo .....	41
4.2 Organização e análise dos dados .....	41
4.3 Aspectos éticos .....	54
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>56</b>
5.1 Artigo 1 – Programa Bolsa Família e fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis: uma revisão integrativa .....	56
5.2 Artigo 2 – Distribuição de indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família – Vigitel 2016-2019 .....	81
5.3 Artigo 3 – Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família .....	103
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>120</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>126</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>128</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>139</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>144</b>

## APRESENTAÇÃO

Com a finalidade de atender às normas do Colegiado de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, segundo a Resolução 035-2018, que regulamenta o formato das teses e dissertações conforme as Normas Gerais da Pós-Graduação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), esta tese será apresentada no formato de compilação de artigos. As seções estão estruturadas da seguinte forma: Introdução; Objetivos; Revisão da literatura; Metodologia; Resultados (incluídos na composição dos três manuscritos); Discussão; Considerações finais e Referências.

Na introdução, são abordados de forma sucinta os aspectos gerais da problemática e sua relevância para o presente estudo. Logo após, são apresentados os objetivos, seguidos da revisão da literatura, que contextualiza as temáticas envolvidas na pesquisa, trazendo um panorama histórico e conceitos básicos sobre os Programas de Transferência Condicionada de Renda, o Programa Bolsa Família, Inquéritos em saúde e a epidemiologia das DCNTs na população de mulheres.

Na seção de metodologia, são apresentados os passos metodológicos da construção de cada artigo, como organização, análise dos dados e aspectos éticos. Essa seção também está detalhada nos manuscritos. Já as seções de “Resultados” e “Discussão” foram compostas de três artigos, dos quais dois já foram publicados. Os artigos se apresentam de forma independente e visam responder aos objetivos específicos propostos pela presente tese. Cada artigo se compõe conforme as normas da revista à qual foi ou será submetido. Além disso, a seção “Discussão” estende-se em um outro tópico específico para uma compreensão mais geral diante do atual cenário político e epidemiológico do Brasil. E, por último, as considerações finais envolvem as reflexões acerca dos resultados analisados. Nas referências, são mostradas aquelas citadas na introdução e na revisão de literatura, e cada manuscrito apresenta suas próprias referências.

## 1 INTRODUÇÃO

A implementação de políticas públicas se configura em um processo complexo e dinâmico que tende a combinar diferentes ações voltadas à diminuição de conflitos e à construção de compromissos (MAGALHÃES *et al.*, 2007; PASE; MELO, 2017). Dessa forma, diversas estratégias de proteção social têm sido utilizadas no mundo visando combater a fome e promover a mobilidade social. Entre elas, os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCRs) têm se destacado pelo desenho contratual e pela estrutura de governança que tem a promoção do comportamento positivo do indivíduo como elemento central (ROQUE; FERREIRA, 2015).

Os PTCRs foram concebidos com o objetivo de ampliar a garantia da proteção social, combater a miséria e a pobreza e quebrar seu ciclo intergeracional, além de reduzir vulnerabilidades e desigualdades sociais (CASTIÑEIRA *et al.*, 2009; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012). Baseiam-se em transferências monetárias mensais para famílias de baixa renda condicionadas ao cumprimento por parte dos beneficiários de uma agenda nas áreas de saúde, educação e serviços sociais (CASTIÑEIRA *et al.*, 2009; LAVINAS *et al.*, 2012; ROQUE; FERREIRA, 2015; MARTINS; MONTEIRO, 2016).

Esses programas são uma tendência mundial e estão presentes em vários países com objetivos semelhantes, sendo seu escopo principal fornecer às famílias pobres um piso mínimo para o alívio imediato da pobreza e, por meio das condicionalidades, promover o acesso às políticas universais estruturantes (SILVA, 2007; FERREIRA, 2009; RASELLA, 2013). A saber, na América Latina e Caribe, os PTCRs começaram a ser implementados na década de 1990 e espalharam-se rapidamente nos últimos anos, sendo reconhecidos como uma estratégia efetiva para reduzir a pobreza e a desigualdade nos países em desenvolvimento (RASELLA, 2013; MARTINS; MONTEIRO, 2016; CAVERO-ARGUEDAS *et al.*, 2017).

Nos anos 2000, as agências internacionais passaram a perceber o combate à pobreza como um dos maiores desafios globais, utilizando um conceito de pobreza mais abrangente, que considera não apenas baixos níveis de renda e consumo, mas também outras questões como baixa ou nenhuma educação, dificuldade de acesso à saúde, condições de vida precárias, nutrição e outros déficits de desenvolvimento humano como indicadores de vulnerabilidades (FERREIRA, 2009; PAES-SOUSA; VAISTMAN, 2014). Dessa forma, as políticas de proteção social passaram a ser concebidas como meios para desenvolver capacidades sociais e não como

uma categoria residual de redes de segurança que servem apenas para responder a políticas fracassadas ou a choques ocasionais (PAES-SOUSA; VAISTMAN, 2014).

Programas de desenvolvimento social no contexto brasileiro não são recentes e políticas baseadas na distribuição de alimentos ou subsídios para a compra de insumos de primeira necessidade precederam aos programas de transferência de renda (MONNERAT, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2017). Na esfera municipal, outras experiências já haviam sido implementadas, mas apenas em meados dos anos de 1990 é que esse tipo de política social se expandiu (SCHMIDT *et al.*, 2017). No entanto, nenhum programa foi tão estruturante quanto o Programa Bolsa Família (PBF), que teve origem em 2003.

Uma primeira iniciativa foi o Bolsa Escola, criado em 2001, cujo objetivo era pagar uma bolsa mensal em dinheiro às famílias de jovens e crianças de baixa renda como estímulo para que frequentassem a escola regularmente (VALENTE, 2003; SCHMIDT *et al.*, 2017). Em 2003, o PBF foi criado pelo governo federal por meio da Medida Provisória nº 132 (SPERANDIO *et al.*, 2017; SUZART *et al.*, 2018), unificando os programas existentes – Auxílio Gás, Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação –, simplificando essa estrutura e com o objetivo principal de erradicar a miséria e a fome (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; FERREIRA, 2009; CASTIÑEIRA *et al.*, 2009; MARTINS; MONTEIRO, 2016; SCHMIDT *et al.*, 2017). O PBF marca uma nova compreensão do governo Democrático Popular, visando à redução da pobreza e à inclusão social.

Atualmente, o PBF é o maior programa de transferência condicionada de renda no contexto político brasileiro e de maior cobertura populacional do mundo em termos relativos e absolutos (DE BRAUW *et al.*, 2014; ROQUE; FERREIRA, 2015; QUADROS; SANTOS, 2017; RASELLA *et al.*, 2018). Ademais, trouxe como principal inovação em relação às experiências de transferência de renda desenvolvidas no país durante a década de 1990 a possibilidade de estender o benefício para famílias pobres sem filhos ou indivíduos biologicamente vulneráveis, além da utilização do Cadastro Único (CadÚnico), criado em 2001, como ferramenta para a delimitação da população-alvo (MAGALHÃES *et al.*, 2007).

No entanto, desde 2016, o cenário político e econômico do país tornou-se preocupante com relação às políticas sociais, dada a implementação de políticas de austeridade com a Emenda Constitucional (EC) nº 95, instituindo o novo regime fiscal que estabelece um teto de gastos para as despesas primárias da União. Tal política ameaça recursos destinados ao PBF, uma vez que atua na redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, por meio da diminuição do gasto com políticas públicas, provocando aumento da iniquidade

social e colocado em risco uma trajetória de diminuição da pobreza que vinha se consolidando desde a implementação do PBF (SANTOS; VIEIRA, 2018).

O foco prioritário do PBF é a família em situação de pobreza ou de extrema pobreza dentro de cada município (SPERANDIO *et al.*, 2017). A definição de quais famílias se encontram nessa situação é feita a partir do estabelecimento de uma linha de pobreza baseada na renda familiar *per capita* (SANTOS *et al.*, 2017). Para cada município, foi estabelecido uma estimativa do número de famílias vivendo nessas situações, calculada com base nos dados do Censo Demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), ambos executados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (HELLMANN, 2015).

O PBF faz transferência incondicional de renda para as famílias extremamente pobres e transferências condicionais para famílias pobres ou extremamente pobres que tenham em sua composição crianças, jovens de até 18 anos de idade, gestantes ou nutrizes (DE BRAUW *et al.*, 2014; NERY *et al.*, 2017). As principais condicionalidades do PBF são a adoção de hábitos preventivos de saúde, como consultas médicas regulares para as crianças e gestantes, vacinação e acompanhamento antropométrico e a manutenção de um nível mínimo de frequência à escola de 85% do ano letivo para as crianças no ensino fundamental e de 75% para jovens no ensino médio (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; SCHMIDT *et al.*, 2017).

Além disso, o governo federal prioriza a concessão desse benefício para as mulheres, ou seja, a titularidade do benefício é, por lei, preferencialmente da mulher, as quais são vistas como mais responsáveis e cautelosas (LAVINAS *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2012, ROQUE; FERREIRA, 2015). Essa ação do governo vai ao encontro do conceito de discriminação positiva, no sentido de beneficiar populações mais vulneráveis e com o intuito de diminuir as desigualdades, caso exemplificado pelas mulheres pobres e socialmente desfavorecidas, perfil das beneficiárias do PBF (SOUZA, 2015). Essa importante medida visa favorecer o empoderamento das mulheres, reconhecendo o papel dessas “chefes de família” no cuidado dos seus lares, na busca do bem-estar dos filhos e na sua capacidade de utilizar os recursos repassados em benefício da própria família, reduzindo o ciclo vicioso da pobreza e promovendo políticas de equidade (DANTAS; NERI, 2013; PASSOS; WALTENBERG, 2016; CAMPARA *et al.*, 2017).

A vulnerabilidade socioeconômica é um fator que por si só eleva o desenvolvimento de DCNTs em populações de baixa renda, e análises globais entre países sugerem que viver em um país em desenvolvimento está associado a um risco aumentado de desenvolver doenças crônicas (BARRETO, 2017; WILLIAMS *et al.*, 2018). Com isso, o cenário de elevada

vulnerabilidade social, psicológica, ambiental e econômica que permeia a vida das mulheres, em especial daquelas beneficiárias do PBF, tem atuado em comportamentos que favorecem o surgimento de fatores de risco para as DCNTs (RASELLA, 2013).

Destaca-se que geralmente as pesquisas na população de mulheres têm abordagem predominantemente sobre as questões reprodutivas, como planejamento familiar, pré-natal, prevenção e rastreamento de cânceres ginecológicos (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014). Entretanto, estudos sobre as DCNTs que abordam questões de gênero têm demonstrado o quanto esses agravos acometem as mulheres de forma crescente, mesmo as mais jovens (BONITA; BEAGLEHOLE, 2014; BERNAL *et al.*, 2019).

Dessa forma, o reconhecimento da multicausalidade e da complexidade dos determinantes sociais em saúde evoca maior esforço na construção de intervenções intersetoriais que enfrentem de forma mais abrangente os múltiplos problemas da população com maiores indicadores de vulnerabilidade (RASELLA, 2013). Ainda mais para as mulheres, uma vez que a desigualdade de gênero impõe práticas machistas e as coloca em situações desfavoráveis, agravadas ainda mais por baixas condições socioeconômicas, e influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer dessas mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009; BERNAL *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2020a).

Posto isso, estudos de monitoramento de fatores de risco para DCNTs tornam-se importantes no desenvolvimento, apoio e avaliação de políticas de promoção da saúde e enfrentamento dessas doenças (MALTA, 2015). Ademais, tal identificação permite o monitoramento das desigualdades em saúde, a compreensão de suas causas e facilita a avaliação dos efeitos dos programas sociais nas iniquidades em saúde, contribuindo para sua equidade (ICHIHARA *et al.*, 2018).

Para tal, no Brasil, destacam-se dois grandes inquéritos em saúde, o Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde, implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal; e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de base domiciliar e âmbito nacional, que visa obter informações sobre estilos de vida saudáveis, morbidades referidas, bem como avaliar o desempenho do sistema de saúde (ZWARCWALDI *et al.*, 2019).

Um estudo prévio com dados do Vigitel revelou que mulheres em idade reprodutiva com baixa escolaridade eram mais tabagistas e hipertensas e menos ativas fisicamente (MPOFU *et al.*, 2016). Além disso, as doenças cardiovasculares também são tratadas e prevenidas com

menor intensidade entre as mulheres, principalmente entre aquelas que estão em situação de vulnerabilidade social (AGGARWAL *et al.*, 2018). Outro estudo com dados da PNS 2013 mostrou que cerca de metade da população adulta brasileira relatou possuir diagnóstico de alguma doença crônica. Além disso, evidenciou o perfil daqueles que mais sofrem com essas doenças, ou seja, a população mais pobre, com menor grau de escolaridade, mulheres e mais idosas (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

O Vigitel vem cumprindo com grande eficiência seu objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNTs por inquérito telefônico, e, a partir de 2016, foi introduzida em seu questionário a seguinte pergunta: “*Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família?*” (BRASIL, 2018). Tal pergunta subsidia respostas à lacuna na investigação da população beneficiária do PBF quanto aos fatores de riscos para doenças crônicas, uma vez que são incipientes estudos comparativos sobre a prevalência de fatores de risco para doenças crônicas na população beneficiária do programa em relação à população não beneficiária (LABRECQUE; KAUFMAN, 2019; BERNAL *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2020a).

A PNS também introduziu uma pergunta de investigação em populações vulneráveis, no caso, ter ou não Bolsa Família, que foi gerada a partir da pergunta F012 no questionário da PNS: “*No mês de julho (mês de referência), algum morador desse domicílio recebeu rendimento do Programa Bolsa Família?*” (BERNAL *et al.*, 2019). A PNS, além de entrevistas, realizou também exames laboratoriais, gerando informações ainda mais ricas e detalhadas sobre a saúde dessa população (MOREIRA *et al.*, 2016; SZWARC WALDI *et al.*, 2019).

A disponibilidade desses dados em nível nacional possibilita a proposição de estudos epidemiológicos que possam dar suporte às ações em saúde pública para conter as DCNTs, bem como suas consequências na população brasileira, em especial na população de mulheres em condições de vulnerabilidade socioeconômica. Dessa forma, algumas perguntas motivaram a construção deste estudo com vistas a conhecer a magnitude das DCNTs e seus fatores de risco na população de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, no contexto dos inquéritos populacionais. Assim, as seguintes questões foram levantadas:

1. Como a literatura identifica a distribuição das DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do Bolsa Família?
2. O que os inquéritos nacionais apontam sobre a distribuição dos fatores de risco para DCNTs em populações vulneráveis, como as mulheres que são beneficiárias do PBF?

3. Existem diferenças na distribuição de DCNTs e seus fatores de risco entre as mulheres beneficiárias do PBF e as demais mulheres?
4. A série histórica disponível em inquéritos permite identificar a evolução dos fatores de risco de DCNTs entre mulheres adultas beneficiárias do PBF?

Portanto, identificar os fatores de risco na população de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, bem como estimar a magnitude da ocorrência de DCNTs e comportamentos prejudiciais à saúde nessas mulheres é primordial, dado que a presença desses comportamento acarreta altos custos para o sistema de saúde, pois estão relacionados à alta morbimortalidade populacional, e também um importante custo às gerações futuras, pois compromete a possibilidade de mobilidade social dessas mulheres e suas famílias, gerando profundos prejuízos ao contexto sociofamiliar. Além disso, conhecer a magnitude dessas condições pode contribuir para desenvolvimento de estratégias para o manejo desses fatores de risco e implementação de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças e ações afirmativas que visem à redução de iniquidades em saúde, além de reforço da importância de efetivar e fortalecer as recomendações já existentes.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Estimar a magnitude de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), seus fatores de risco e sua evolução na população de mulheres brasileiras maiores de 18 anos, segundo o recebimento do benefício do Programa Bolsa Família.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sociodemográfico das mulheres adultas beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Identificar e sintetizar as evidências científicas sobre a ocorrência de DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do Programa Bolsa Família.
- Comparar as prevalências dos fatores de risco e de proteção de DCNTs entre mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família.
- Analisar a evolução dos fatores de risco e de proteção de DCNTs entre mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Programas de Transferência Condicionada de Renda e o Programa Bolsa Família: uma breve contextualização

Os programas de transferência de renda como parte das políticas sociais não são uma estratégia recente (MONNERAT, 2009; SCHMIDT *et al.*, 2017), após a Primeira Guerra Mundial, foram ampliados incentivos em torno desses programas como uma solução para o agravamento do desemprego intenso nesse período (MONNERAT, 2009).

Nos Estados Unidos, em 1935, um primeiro exemplo de implantação de um programa de transferência de renda foi o *Aid to Families with Dependent Children – AFDC*, que pagava um complemento às famílias de baixa renda que tinham crianças (MONNERAT, 2009; ROQUE; FERREIRA, 2015). Na Europa, diversos países, desde os anos de 1930, também introduziram programas de transferência de renda cujo público-alvo eram crianças, idosos, pessoas com deficiência, pessoas vivendo com baixas condições socioeconômicas, além de pagamentos de seguro desemprego (MONNERAT, 2009).

No entanto, a implementação desses programas na Europa ocorreu efetivamente após a Segunda Guerra Mundial, com o advento dos *Welfare States*, na qual o Estado atuou em importantes mudanças de intervenção social, sendo responsável por garantir a todo e qualquer cidadão o mínimo necessário para a sobrevivência, independentemente do padrão de contribuição para a economia do país (MONNERAT, 2009; PASE; MELO, 2017). Em outras palavras, a ação social do Estado em uma perspectiva de justiça social, amparou e colocou a pessoa em situação de vulnerabilidade socioeconômica como portadora de direitos (FONSECA, 2005; MONNERAT, 2009).

Nesse contexto, as economias capitalistas da Europa, como a Dinamarca, em 1933; Inglaterra, em 1948; Alemanha, em 1961; Holanda, em 1963; Bélgica, em 1974; Irlanda, em 1974; Luxemburgo, em 1986 e, mais recentemente, a França, em 1988, inauguraram seus programas de transferência de renda, construídos sob a influência do debate da Seguridade Social por Beveridge (MONNERAT, 2009). O Plano Beveridge constituiu um marco no Estado de Bem-Estar com uma inovação no sistema de Seguridade Social, após a Segunda Guerra, ao ancorar novos formatos das políticas sociais e a criação de uma normativa nacional de assistência social (SOUSA, 2011).

A América Latina, por sua vez, passou por sérias crises econômicas na década de 1980, elevando o desemprego e acentuando ainda mais as desigualdades sociais nesses países, o que influenciou posteriormente o desenvolvimento de programas sociais de combate à pobreza tais como os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCRs) (MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018).

Ressalta-se que esses programas foram iniciados na América Latina após o período de redemocratização em 1990 e 2000, com expressiva revitalização da sociedade civil, pondo em pauta a responsabilização pública dos direitos de igualdade e universalidade e a construção de políticas públicas que alcançassem tais direitos (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012; PASE; MELO, 2017; MORAES; MACHADO, 2017).

Foram instituídos PTCRs em países como Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago e Uruguai, com o desenvolvimento de políticas sociais com foco na redução da pobreza, equidade dos direitos sociais e no capital humano (PASE; MELO, 2017). Nesse sentido, a maioria dos programas desenvolvidos nos países latino-americanos lançaram mão de contrapartidas por partes dos beneficiários, numa lógica de inserção nos serviços de saúde e educação, com o intuito de ampliar o acesso da população a direitos sociais (MONNERAT, 2009; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018).

Marcados por desigualdades sociais profundas, Brasil e México, os países mais populosos da América Latina, foram os pioneiros na implantação dos PTCRs no final dos anos de 1990 e início dos anos 2000 (LAVINAS *et al.*, 2012; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018). A saber, em 1997, surgiu no México o “Progresas”, denominado posteriormente de “Oportunidades” e, em 2015, renomeado de “Prospera” pelo novo governo (ROQUE; FERREIRA, 2015; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018). Lançado para atender 300 mil famílias na zona rural, alcançou em 2010 mais de 6 milhões de famílias, sendo referência no mundo. O Prospera perde apenas para o Programa Bolsa Família (PBF) do Brasil, o qual possui a maior cobertura populacional mundial em termos relativos e absolutos de um programa de transferência de renda (ROQUE; FERREIRA, 2015; QUADROS; SANTOS, 2017; RASELLA *et al.* 2018).

No ano de 2014, esses dois países compreendiam os maiores programas desse tipo na região: o Bolsa Família do Brasil, criado em 2003 e o Oportunidades do México, criado em 2002, alcançando milhões de famílias (LAVINAS *et al.*, 2012; MORAES *et al.*, 2018). Destaca-se que a desigualdade de renda e a pobreza, desde os anos 2000, tiveram registros de queda no

Brasil e na maior parte dos países da América Latina, o que coincide com o momento em que os PTCRs começaram a se espalhar no continente (NERI, 2017).

No caso do Brasil, o processo de redemocratização nos anos de 1980 deu espaço para que o tema da pobreza entrasse na agenda pública, tornando-se foco de intervenções sociais promovidas pelo Estado (FERREIRA, 2009). Dessa forma, diferente das políticas sociais tradicionais brasileiras, ocorreram mudanças operacionais das políticas de combate à pobreza e observou-se o surgimento dos programas de transferência de renda em um contexto descentralizado, com as primeiras experiências desses programas em nível municipal (MONNERAT, 2009).

Campinas foi o primeiro município a criar um programa de transferência de renda em 1994, com a efetiva implementação no início de 1995 (SUPLICY; BUARQUE, 1997; MONNERAT, 2009). Além disso, tiveram outras experiências de programas de transferência de renda no estado de São Paulo, como em Ribeirão Preto e Santos. Ressalta-se que, no mesmo período, em Brasília, na gestão do então governador Cristovam Buarque, foi criado o Programa Bolsa Escola (PBE), que transferia um salário mínimo às famílias com crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 14 anos e ganhos mensais de até meio salário mínimo *per capita* à época, e que morassem há pelo menos cinco anos no município (SUPLICY; BUARQUE, 1997).

Os programas criados proporcionaram melhorias e elevação da escolaridade e, além do Bolsa Escola, que, nesse período, foi o programa de transferência mais importante e com grande destaque, o governo federal deu início à criação de outros programas, atendendo a objetivos específicos (SUPLICY; BUARQUE, 1997). Em 1996, surgiu o Programa de Erradicação de Trabalho Infantil (Peti) instituído, como o próprio nome diz, para combater o trabalho infantil (NOBRE, 2003; ROCHA, 2011). Em 2001, foram criados o Auxílio Gás, benefício dado às famílias com renda de até meio salário mínimo, de modo a subsidiar a compra de botijões de gás de cozinha, gerenciado pelo Ministério de Minas e Energia; e o Bolsa Alimentação, do Ministério da Saúde, cujo objetivo era complementar o Bolsa Escola, atendendo a famílias pobres com crianças até 6 anos, gestantes e lactantes (ROCHA, 2011; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018).

O Programa Bolsa Família (PBF), por sua vez, foi apresentado oficialmente em outubro de 2003 pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, por meio da unificação dos programas de transferência preexistentes, o Bolsa Escola, o Bolsa Alimentação, o Auxílio Gás e o Programa do Cartão Alimentação. O PBF nasce em um contexto de compreensão da importância de investimento em políticas de equidade, de redução da pobreza e empoderamento

das mulheres (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2009; ROCHA, 2011; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012; SCHMIDT *et al.*, 2017; MORAES; MACHADO, 2017; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018).

A proposta de unificação desses programas para a criação do PBF fundamentou-se em alguns problemas de ordem gerencial, tais como: os programas eram concorrentes e com sobreposição de objetivos e público-alvo; por vezes padeciam de ausência de coordenação geral, ocasionando desperdício de recursos; havia uma falta de planejamento gerencial e dispersão de comando em diversos ministérios; e a focalização não alcançava quem de fato deveria receber os benefícios conforme os critérios de elegibilidade (SILVA, 2007; VEGA; TADDEI; POBLACION, 2014; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018).

O PBF inovou em relação às experiências anteriores por possibilitar que o benefício alcançasse famílias pobres sem filhos ou indivíduos biologicamente vulneráveis, além de lançar mão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), ferramenta de inclusão de dados que caracteriza a população em extrema pobreza ou pobreza, segundo os níveis de renda familiar *per capita* e com isso focalizando o público-alvo do benefício (MAGALHÃES *et al.*, 2007; SANTOS; MAGALHÃES, 2012). Ademais, a criação do CadÚnico garantiu o monitoramento dessa população, sua inserção na rede de assistência social, bem como o acolhimento em diversos programas e políticas públicas na saúde e educação (PROSPERI; FRIAS, 2016).

Para mais, o CadÚnico e a expansão do PBF foram importantes para a concepção do Plano Brasil sem Miséria em 2011, o qual integrava diversas políticas públicas de proteção social para redução da pobreza e desigualdades. Como exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae) e sua articulação com a agricultura familiar, que proporcionava a aquisição de produtos frescos diretos dos pequenos produtores, permitindo que fosse oferecida uma merenda escolar de boa qualidade e saudável para mais de 43 milhões de crianças (MALAGUTI, 2015; PROSPERI; FRIAS, 2016). Além da inserção em outros programas de acesso a bens e serviços públicos, como o programa de Cisternas, promovendo o acesso à água a populações rurais do semiárido, entre outras iniciativas que visavam ampliar as oportunidades de trabalho e renda da população extremamente pobre, como cursos de qualificação profissional do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec) (PROSPERI; FRIAS, 2016; CAMARA, 2018).

Diante disso, é irrefutável que a pobreza diminuiu no Brasil desde 2004, no entanto, após 2016, diversos retrocessos vêm sendo contabilizados, inclusive com a redução de

beneficiários, além das políticas de austeridade como a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela e afeta diretamente recursos para os programas sociais (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018; SANTOS; VIEIRA, 2018).

Uma outra forma de comparar o avanço anterior e o retrocesso atual diz respeito ao fato de o Brasil, que havia saído do Mapa da Fome em 2014, com os atuais cortes para as políticas sociais, ter voltado em 2020 a compor esse terrível mapa, no qual só entram nações com mais de 5% da população em pobreza extrema (BALABAN, 2020). Agravando ainda mais essa situação, o Governo Bolsonaro acelerou os desmontes, extinguindo em seu primeiro ato em 1º de janeiro de 2019, o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), um espaço de articulação entre a sociedade civil e representantes do governo na elaboração de políticas públicas de segurança alimentar (SIPIONI *et al.*, 2020; RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020). A extinção do Consea desorganizou nacionalmente a coordenação das políticas voltadas para o combate à fome.

Atualmente, o Bolsa Família atende cerca de 13,9 milhões de famílias brasileiras (CÓRDOVA; ALVES, 2019; CEF, 2021), e esse número tem se reduzido ao longo dos últimos anos, mesmo com o aumento da pobreza e do desemprego no país. O que parece muito, na verdade, revela-se preocupante, uma vez que, na fila de espera desse programa social, há ao menos 1 milhão e meio de pessoas que se enquadram nas regras para inserção no programa, mas que não tiveram a liberação do benefício (ABRAHÃO DE CASTRO, 2020).

O valor do benefício é outro ponto a se destacar. De maneira geral, o valor médio do benefício gira em torno de R\$ 188,00 (PAIVA *et al.*, 2020), o que, embora não seja o suficiente para mudar a condição e classe socioeconômica, representa um apoio significativo no sentido de garantir uma alimentação mínima a muitas famílias pobres brasileiras, além de possuir um significado real para os beneficiários, uma vez que é a única possibilidade de obtenção de uma renda (ZIMMERMANN, 2006).

Com a perspectiva de contribuir para inclusão social por meio das condicionalidades, o recebimento do benefício do PBF exige contrapartidas comportamentais nas áreas de educação e saúde por meio da frequência à escola, vacinação de crianças e acompanhamento pré e pós-natal de gestantes e lactantes (MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007). As condicionalidades da saúde e educação foram importantes iniciativas para ampliar o alcance do PBF, inserindo as famílias nas redes de proteção social, garantindo-se o cuidado à saúde e o acompanhamento na escola.

Ressalta-se que as condicionalidades do PBF coincidem com outros programas da América Latina e Caribe, a começar pelo público-alvo, sendo as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza; outro ponto são as ações nas áreas da saúde e da educação, promovendo dessa forma a inserção dos mais vulneráveis nesses serviços; a variação do valor do benefício conforme o número de integrantes da família; e, sobretudo, a titularidade concedida às mães (DE BRAUW *et al.*, 2014; MORAES; PITTHAN; MACHADO, 2018; MACHADO; PAIVA, 2020). Hoje, mais de 90% das famílias beneficiárias têm mulheres como titulares (BERNAL *et al.*, 2019; BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019; MALTA *et al.*, 2020a).

Dessa forma, a maioria das experiências de transferência de renda privilegiou focar a família em vez do indivíduo e, em geral, os programas definem a mulher como chefe da família e conseqüentemente como titular do programa (MOREIRA, 2012). O PBF entende como família toda unidade nuclear que forme um grupo doméstico em coabitação regular, sendo que os benefícios variam conforme a quantidade de membros na família (MEDEIROS, BRITTO, SOARES, 2007).

No entanto, em função da priorização das fases do ciclo da vida de maior vulnerabilidade e riscos para adoecimento e morte, as condicionalidades previstas no programa não são pensadas para toda a família, mas para gestantes e crianças, sendo um limitador, por exemplo, para o enfrentamento da tendência de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade que requerem uma abordagem integral à saúde da família (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012).

Ainda assim, embora a abordagem familiar não esteja entre as prioridades previstas nas condicionalidades de saúde, estas podem proporcionar a aproximação e a inserção de outros membros das famílias do PBF nas ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que são as responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos beneficiários (TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012; CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014).

### **3.2 Política de Transferência Condicionada de Renda – o Bolsa Família: empoderamento feminino *versus* condicionalidades**

Os programas de transferência de renda são considerados importantes políticas públicas para a diminuição e mitigação da pobreza (SUPLICY; BUARQUE; 1997; TREVISANI;

BURLANDY; JAIME, 2012; BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019). Além disso, parte-se do pressuposto de que esses programas são geradores de maior impacto distributivo de renda e melhores focalizadores da população mais vulnerável socioeconomicamente (MARINHO; LINHARES; CAMPELO, 2011).

Ademais, em longo prazo, os programas de transferência de renda, quando combinados com as condicionalidades, o que em geral está articulado com as políticas de saúde, educação e assistência social, permitiriam às famílias beneficiárias romper com o ciclo intergeracional da pobreza (MARINHO; LINHARES; CAMPELO, 2011; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012).

Hoje no Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) atende quase 14 milhões de famílias (CÓRDOVA; ALVES, 2019; CEF, 2021), sendo seus principais objetivos o alívio imediato da fome e o combate à pobreza, além de atuar no reforço ao acesso à rede de serviços públicos, principalmente de saúde, educação e assistência social, e provocar estímulos à emancipação sustentada das famílias (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

As condicionalidades do PBF nas áreas de saúde dizem respeito à assistência à saúde das gestantes, as quais devem realizar o pré-natal, às nutrízes que devem fazer o acompanhamento de saúde da mãe e do bebê e às crianças de até 6 anos que deverão cumprir o calendário de vacinação. Já na educação, os adolescentes com idades até 15 anos deverão frequentar 85% das aulas e aqueles entre 16 e 17 anos, 75% do calendário letivo (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

A opção preferencial de titularidade feminina do PBF, sob o ponto de vista administrativo, é remanescente dos programas de transferência anteriores ao Bolsa Família e a ele unificados em 2003 e, conceitualmente, essa opção vem da perspectiva embasada em análises empíricas de que a transferência dos recursos financeiros direto à mulher fortalece a sua utilização em prol da família (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Nesse cenário, uma circunstância a ser problematizada é a lógica de parceria, em especial com as mulheres, a partir da preferência como principais titulares, depositando sob as mesmas obrigações para administrar o espaço doméstico e responsabilidades na superação do ciclo geracional da pobreza e envolvendo-as em uma rede de obrigações (MACHADO; PAIVA, 2020). A mulher, pelo papel histórico atribuído a ela, tanto na esfera doméstica quanto de reprodução, tem sido a interlocutora principal dessas ações, tanto como titular do benefício quanto no cumprimento das condicionalidades impostas (MARIANO; CARLOTO, 2009).

Por um lado, a vertente da crítica feminista aponta o uso instrumental da mulher pelo Estado, que, embora tenha o intuito de ampliar a eficácia da política pública, reforça e naturaliza ainda mais o papel da mulher de cuidadora do lar (MACHADO; PAIVA, 2020). Do outro lado, sob ponto de vista social e econômico, trabalha-se o argumento de que o acesso à renda pela mulher/mãe permite à mesma aumentar seu poder de decisão, gerando mais autonomia na medida em que a mulher participa da provisão financeira na esfera doméstica, o que é considerado, mesmo nos dias de hoje, uma tarefa tradicionalmente masculina (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Outra questão importante diz respeito ao tempo das mulheres para o cumprimento das condicionalidades, uma vez que as transferências estão atreladas a esses compromissos, e caso precisem desviar um tempo substancial que outrora seria para obter a renda do trabalho, a quantidade de recursos sob seu controle seria reduzida (DE BRAUW *et al.*, 2014; MACHADO; PAIVA, 2020). Ainda assim, o fato de o dinheiro ser, via de regra, repassado às mulheres, garante a elas maior autonomia na gestão financeira, favorecendo o “empoderamento feminino”, quando lhes cabe decidir como será aplicado o recurso (DE BRAUW *et al.*, 2014; ROQUE; FERREIRA, 2015). Na grande maioria das vezes, as mulheres utilizam o recurso para melhoria das condições de vida e físicas da casa, garantindo melhor alimentação, vestuário e material escolar aos filhos (MACHADO; PAIVA, 2020).

Os impactos positivos sobre as mulheres do PBF podem ser vistos ainda em outra dimensão, como a saúde reprodutiva. Um estudo realizado por De Brauw *et al.* (2014) mostrou que o PBF teve impactos significativos em várias áreas de tomada de decisão exclusivas das mulheres residentes nas áreas urbanas, nas quais houve um aumento de 16% para 18% em relação ao uso de contraceptivos, de 8% para 14% sobre a compra de bens duráveis, de 13% para 15% em relação aos gastos com a saúde das crianças e 12% para 15% sobre a decisão do comparecimento da criança à escola, demonstrando consequências de possível empoderamento e do bom uso dos recursos recebidos por elas.

Na esfera da saúde da mulher, supõe-se que esses resultados podem estar relacionados com a maior aproximação das mulheres com o sistema de saúde, por meio das condicionalidades de saúde exigidas pelo programa (CARVALHO; ALMEIDA; JAIME, 2014). Isso significa uma ampliação da garantia dos direitos reprodutivos femininos quanto ao uso de métodos contraceptivos e reflete uma autonomia decisória sobre o próprio corpo e a decisão de ter filhos (DE BRAUW *et al.*, 2014; BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Ainda sobre os aspectos da reprodução, um estudo identificou forte associação entre ser beneficiária e não desejar ter mais filhos, com o intuito de manter sua permanência no programa com mais qualidade (LAVINAS; COBO; VEIGA, 2012). Tal resultado evidencia também que as mulheres beneficiárias da área urbana têm tido a possibilidade de maior exercício do direito de decisão sobre sua fecundidade (DE BRAUW *et al.*, 2014).

Outro estudo revelou que as taxas de fecundidade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias elegíveis ao programa não diferem significativamente, sugerindo até mesmo um efeito de decréscimo quanto à fecundidade, devido ao pouco recurso adicional por cada novo filho, indicando que as beneficiárias estão prezando por investirem nos filhos já existentes (SIMÕES; SOARES, 2012; QUADROS; SANTOS, 2017). Esse fato, lança por terra a ideia de que as mulheres do PBF querem aumentar a sua prole para elevar o valor do benefício recebido (SIMÕES; SOARES, 2012). Argumento muito utilizado por aqueles que são contra o programa.

A equidade de gênero não se apresenta propriamente como um dos objetivos do Bolsa Família, mas ganha relevo quando se articula com quais seriam os resultados da titularidade feminina, dado que, nas políticas públicas e programas sociais, a questão de gênero e as relações que a permeiam são um tema transversal e com isso poderiam contribuir para a sua equidade (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Diante desses achados, a “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável do Planeta”, em seu quinto objetivo, propõe “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Todavia, as políticas de austeridade pelas quais o Brasil vem passando mostram veementemente a falta de apoio para que tais metas sejam cumpridas. A Agenda cita diversas vezes a necessidade do comprometimento dos governos e líderes para o alcance dos objetivos propostos, entretanto, por ora, o Brasil parece não assumir essa indicação (ZANATTA *et al.*, 2016).

Outro contraste diz respeito à própria organização governamental interna do país, que parece não corroborar tal equidade, dessa forma, dificilmente haverá projeções nacionais em um futuro próximo relacionadas à promoção da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. Tal fato impactará diretamente o bem-estar e a melhor condição de saúde das mulheres em suas distintas intersectorialidades (ZANATTA *et al.*, 2016).

Com isso, os programas de transferência condicionada de renda, tais como o Bolsa Família, cuja a titularidade é preferencialmente da mulher, apontam possibilidades subentendidas de empoderamento feminino e se destacam, uma vez que contribuem para a

superação da pobreza com desdobramentos positivos nas relações de gênero, como a autonomia financeira das mulheres, mesmo no espaço do lar (MACHADO; PAIVA, 2020).

### **3.3 Inquéritos em saúde e a epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis na população de mulheres**

O Brasil passou por mudanças aceleradas no seu processo de morbimortalidade, com redução das doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (MALTA *et al.*, 2006; CARMO; BARRETO; SILVA JF, 2003; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; BOCCOLINI *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2018).

Durante um longo período, a avaliação do estado de saúde das populações foi fundamentada quase que exclusivamente por dados de óbitos (BARROS, 2008). Entretanto, com o aumento das DCNTs, para a adequada mensuração e para a construção de indicadores de incidência e prevalência dessas doenças, além da multimorbidade e da necessidade de medir a ocorrência de fatores de risco e determinantes em saúde, a organização de inquéritos em saúde tornou-se uma demanda emergente (BARROS, 2008; MALTA; SILVA JR, 2014; BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Para tal, inquéritos em saúde de base populacional passaram a ser realizados em países desenvolvidos, principalmente a partir dos anos 60 e, em períodos posteriores, começaram a ser aplicados em países em desenvolvimento (BARROS, 2008). Tal metodologia inclusive representava a única forma de obtenção de informação, pois havia uma precariedade dos sistemas rotineiros de registros de dados em alguns países (BARROS, 2008).

Assim, os estudos de monitoramento de fatores de risco para DCNTs tornaram-se importantes para desenvolvimento, apoio e avaliação de políticas de promoção da saúde e enfrentamento das DCNTs, que começaram a ser implementadas no país a partir de 2004 (MALTA, 2015). Além disso, tal identificação permite o monitoramento das desigualdades em saúde, a compreensão de suas causas e facilita a avaliação do impacto dos programas sociais sobre as iniquidades em saúde, contribuindo para sua equidade (ICHIHARA *et al.*, 2018).

No Brasil, destacam-se dois grandes inquéritos em saúde no contexto da vigilância e monitoramento das DCNTs, o Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde, implantando em

2006 e que deve ocorrer anualmente; e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, que ocorre por meio de inquérito domiciliar de âmbito nacional cujo objetivo é obter informações sobre acesso e uso dos serviços de saúde disponíveis à população, bem como sobre as condições de saúde, estilo de vida e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (MALTA *et al.*, 2017; SZWARCIVALDI *et al.*, 2019). A PNS, além de entrevistas, realizou também exames laboratoriais, gerando informações ainda mais ricas e detalhadas sobre a saúde das populações, devendo manter a periodicidade de cinco anos (SOUZA-JR *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2016; SZWARCIVALDI *et al.*, 2019).

Assim, considera-se como importante avanço da PNS a aferição de peso, altura e circunferência da cintura, marcadores fundamentais para o monitoramento de um dos mais graves problemas existentes no Brasil, a epidemia de sobrepeso e obesidade (SZWARCIVALDI *et al.*, 2014). Além disso, é válido ressaltar que, além da pressão arterial, pela primeira vez, um inquérito com representatividade nacional colheu nos domicílios amostras biológicas para realização de exames complementares (MALTA; SZWARCIVALDI; SILVA JÚNIOR, 2019).

De acordo com uma pesquisa que utilizou dados da PNS 2013, quase a metade da população adulta brasileira relatou possuir diagnóstico de alguma doença crônica. Além disso, a população mais pobre, com menor grau de escolaridade, mais idosa e as mulheres são as mais afetadas, inclusive com limitações de suas atividades decorrentes de doenças crônicas ou deficiências, indicando um gradiente social que atinge a população mais vulnerável (BOCCOLINI *et al.*, 2017). Outro estudo também com dados da PNS, mas analisando a população de mulheres, identificou que mais da metade (65,3%) apresentava acúmulo de dois ou mais fatores de risco comportamentais para DCNTs, principalmente as mulheres mais velhas e com baixa escolaridade (PAULA, 2019).

Estudo prévio com dados do Vigitel revelou que mulheres em idade reprodutiva com baixa escolaridade eram menos ativas fisicamente, mais tabagistas e hipertensas (MPOFU *et al.*, 2016). Por outro lado, as doenças cardiovasculares também são tratadas e prevenidas com menor intensidade entre as mulheres, principalmente entre aquelas que estão em situação de vulnerabilidade social (AGGARWAL *et al.*, 2018). Ademais, a desigualdade de gênero impõe práticas machistas, como a obrigação das mulheres de cuidar da família e da casa, em detrimento de cuidar de sua própria saúde, colocando-as em situação de desvantagem, agravada por baixas condições socioeconômicas (BERNAL *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2020a).

A literatura vem apresentando também dados que mostram declínio da qualidade de vida associada às DCNTs, em especial voltadas à população feminina, uma vez que há alterações que são vivenciadas durante todo seu ciclo vital (AZEVEDO *et al.*, 2013; MENDONÇA *et al.*, 2015). É importante considerar que as mulheres buscam mais atendimentos nos serviços de saúde, e uma possível justificativa para isso é o fato de que, além de terem uma autopercepção pior de saúde do que os homens, expressam com maior facilidade seus sintomas, realizam pré-natal e consultas de puericultura em suas crianças (AZEVEDO *et al.*, 2013). Entretanto, embora as mulheres tenham melhores taxas de sobrevivência do que homens em todo o ciclo de vida, elas experimentam taxas mais elevadas de limitações de morbidade e funcional (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Em um outro estudo com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006, analisou-se a desigualdade de acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras, mostrando que a prevalência de acesso foi elevada, no entanto, as mulheres com maior número de doenças crônicas, três ou mais, e nível socioeconômico baixo apresentaram mais dificuldade de acesso quando comparadas às mulheres com nível socioeconômico mais alto (KATREIN *et al.*, 2015).

A vulnerabilidade socioeconômica é um fator que por si só eleva o desenvolvimento de DCNTs em populações de baixa renda, e análises globais entre países sugerem que viver em um país em desenvolvimento está associado a um risco aumentado de desenvolver doenças crônicas (BARRETO, 2017; WILLIAMS *et al.*, 2018). Diante desse cenário de elevada vulnerabilidade social, psicológica, ambiental e econômica que permeia a vida das mulheres, em especial daquelas beneficiárias do PBF, elas acabam por atuar em comportamentos que favorecem o surgimento de fatores de risco para DCNTs (RASELLA, 2013).

Sabe-se que há uma relação entre determinantes sociais e piores desfechos em saúde, na qual populações com piores condições socioeconômicas estão mais suscetíveis ao desenvolvimento das DCNTs, bem como suas comorbidades e maiores taxas de mortalidade (BARRETO, 2017). Ademais, outro conjunto de evidências mostra que as políticas de proteção social que melhoram as condições socioeconômicas, quando bem implementadas nos países, têm impactos positivos nas condições de saúde, como o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento em crianças menores de 5 anos, acompanhamento de rotina pré-natal em gestantes, inclusive identificando situações de risco para DCNTs nestas mulheres (BARRETO, 2017; WILLIAMS *et al.*, 2018).

Em face do exposto, os programas de transferência condicionada de renda constituem importantes medidas que visam diminuir as desigualdades sociais em saúde e, conseqüentemente, contribuem para a prevenção da ocorrência de DCNTs nessa população, uma vez que, dadas as condicionalidades do programa, há um reforço para o acesso à rede de serviços públicos, principalmente de saúde, educação e assistência social (WILLIAMS *et al.*, 2018; BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Além disso, as transferências diretas de renda podem ter um impacto positivo no consumo das famílias, gerando uma melhora no estado nutricional das pessoas, independentemente das condições impostas pelo programa (por exemplo, por meio de uma alimentação mais adequada), e, atrelado a essa melhora na alimentação, o cumprimento das condicionalidades tem o potencial de gerar mudanças nos comportamentos individuais com efeitos positivos no estado de saúde (CASTIÑEIRA; NUNES; RUNGO, 2009; TREVISANI; BURLANDY; JAIME, 2012; MORAES *et al.*, 2018).

Ressalta-se ainda que o Brasil vem respondendo ao desafio representado pelas DCNTs por meio da formulação de múltiplas políticas públicas voltadas para abordagem preventiva e de enfrentamento das DCNTs. Nesse cenário, podem ser apontados alguns marcos como a Política Nacional de Promoção da Saúde, promulgada em 2006 e revista em 2014 (BRASIL, 2014), e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, lançado em 2011 (BRASIL, 2011; MALTA 2015).

Por fim, reforça-se a fundamental importância de pesquisas em saúde pública que incluam dados de grandes inquéritos tal como a PNS e o Vigitel e que tenham como objetivo a investigação de fatores de risco de doenças crônicas, principalmente aqueles ditos comportamentais, pois podem ser modificados com a introdução de hábitos de vida saudáveis (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

## **4 METODOLOGIA**

Esta tese segue o formato de compilação de artigos, conforme previsto na Resolução nº 035-2018 do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG (ANEXO A). A descrição dos métodos também está inserida na seção de resultados, que apresentará cada artigo na sua íntegra.

### **4.1 Delineamento do estudo**

Os estudos que compõem essa tese apresentam delineamento distintos, sendo o primeiro artigo uma revisão integrativa da literatura acerca do Programa Bolsa Família e as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco; o segundo artigo apresenta uma análise de delineamento transversal e de série temporal com uso de dados secundários provenientes do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), no período de 2016 a 2019; e o terceiro artigo é um estudo transversal descritivo realizado com base nos dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

### **4.2 Organização e análise dos dados**

#### **4.2.1 Artigo 1**

##### **Delineamento do estudo**

Para a construção da revisão integrativa, seguiram-se seis etapas distintas, sendo elas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos-amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados- categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014). Seguiram-se ainda as

recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension* (Prisma) (MOHER *et al.*, 2009).

Foi estabelecida a seguinte pergunta: “Como a literatura avalia a distribuição das DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do Bolsa Família?” A partir dessa pergunta, utilizou-se a estratégia PICO (P = População; I = Intervenção/Interesse; C = Comparação; O = *Outcome*/Desfecho) para desenvolver a estratégia de busca (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), sendo definidos os elementos: P – beneficiários ou famílias beneficiárias; I – Programa Bolsa Família; C – não se aplica a este estudo; O – DCNTs e seus fatores de risco.

Os critérios de inclusão foram: estudos primários quantitativos ou qualitativos que exprimissem a temática proposta no título, resumo ou assunto e que apresentassem, ao realizar uma leitura prévia nas seções de resultados e discussão, considerações sobre o Programa Bolsa Família e as DCNTs e seus fatores de risco. Incluíram-se artigos em português, inglês ou espanhol, compreendendo o período entre 2004 e 2020. Os critérios de exclusão: artigos repetidos nas bases de dados, revisões integrativas e revisões sistemáticas, teses e dissertações, textos da internet, editoriais, ensaios e outros trabalhos com resultados que não versassem sobre as DCNTs e seus fatores de risco na população do PBF.

A coleta dos dados foi realizada no período de setembro a dezembro de 2020, por meio de pesquisas nas bases de dados eletrônicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (Ibecs) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) via PubMed; Scopus (Via Portal Capes); e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Ressalta-se que a estratégia de busca foi adaptada conforme as especificidades de cada base utilizada. Em todas as bases de dados, realizou-se a busca considerando-se a data de publicação até 14 de dezembro de 2020.

Para identificar outros estudos não localizados nas buscas anteriores, as referências dos artigos selecionados no processo de busca também foram verificadas, observados os critérios de inclusão previamente estabelecidos. No processo de seleção das publicações, foram adotados descritores controlados de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH) e os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) – identificados entre parênteses, acrescidos de palavras-chaves identificadas entre aspas duplas. Foram

utilizados termos relacionados aos quatro grandes grupos de DCNTs e seus fatores risco modificáveis.

Considerando os critérios de inclusão, elaborou-se a estratégia de busca na PubMed a partir do cruzamento dos grupos A *AND* B *AND* C. Conforme descrito no Quadro A.

Quadro A. Estratégia de busca elaborada na PubMed.

<b>Grupo</b>	<b>Palavras-chave/Descritores</b>
<b>A</b>	(beneficiaries OR “beneficiary family” OR “beneficiary families”)
<b>B</b>	(“conditional cash transfer” OR “conditional cash transfers” OR “conditional cash transfer program” OR "Bolsa Família" OR "Bolsa Família Program" OR “social programs”)
<b>C</b>	(“Healthy Lifestyle" OR "Health Behavior” OR "Health Risk Behavior” OR “Motor Activity” OR “Exercise” OR “Sedentary Behavior” OR “Feeding Behavior” OR “Diet, Healthy” OR Dyslipidemias OR (overweight OR obesity) OR (Tobacco OR “Tobacco Use Disorder” OR “Tobacco Use” OR “Tobacco Smoking” OR Smokers OR Smoking OR “Cigarette Smoking") OR (alcoholics OR "Binge Drinking") OR (“Noncommunicable Disease” OR “Non-infectious Diseases” OR “Non infectious Diseases” OR "Non-infectious Disease" OR "Non-communicable Diseases" OR "Disease, Non-communicable" OR "Non communicable Diseases" OR "Non-communicable Disease" OR "Noninfectious Diseases" OR "Noninfectious Disease" OR "Non-communicable Chronic Diseases”) OR (“Cardiovascular Diseases” OR Hypertension OR “Blood Pressures”) OR ("Respiratory Tract Diseases") OR ("Diabetes Mellitus") OR (Neoplasms OR Cancer) OR (Mortality OR Morbidity)

Fonte: elaborado pela autora, 2020.

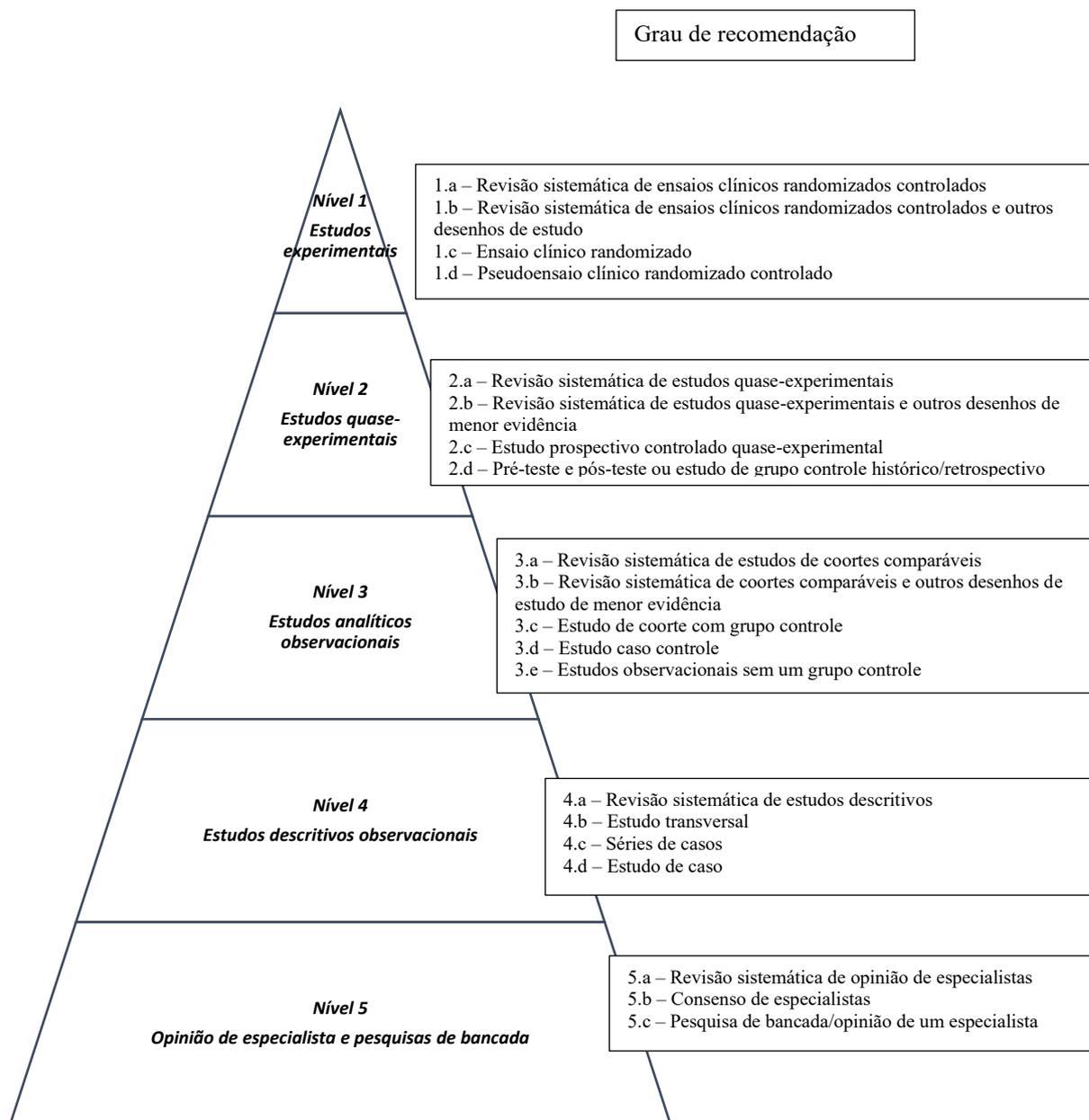
## Processo de coleta dos dados e síntese dos resultados

A extração e a sintetização dos elementos essenciais encontrados em cada publicação foram realizadas a partir de um instrumento estruturado elaborado para este estudo (APÊNDICE A). Utilizou-se o *Microsoft® Excel* para tabulação dos dados. Os dados extraídos incluíram detalhes sobre autoria, ano de publicação e local, título do periódico, título do estudo, tipo de estudo, objetivo, características da população do estudo, níveis de evidência e principais resultados, o que permitiu que a síntese dos achados pudesse gerar categorias de análise por similaridade temática.

Para filtrar os estudos que abordassem as DCNTs e seus fatores de risco na população de beneficiários, foi realizada inicialmente a leitura dos títulos dos artigos, bem como das palavras-chave e descritores, como primeiro critério para seleção; em seguida, foram avaliados os resumos ou *abstracts*. Após essa primeira triagem, os artigos selecionados foram analisados na íntegra como critério final para inclusão no estudo.

O nível de evidência e o grau de recomendação dos estudos foram categorizados conforme a classificação do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2013) e estão apresentados na Figura A.

Figura A. Nível de evidência e grau de recomendação dos estudos segundo a classificação do JBI.



Fonte: Adaptado de JBI, 2013.

#### 4.2.2 Artigo 2

### **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) – plano amostral**

O Vigitel é um sistema de monitoramento que visa obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos ( $\geq 18$  anos de idade) que residem em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de aproximadamente duas mil entrevistas em cada capital para estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de dois pontos percentuais a frequência dos principais fatores de risco para DCNTs na população adulta. Dessa forma, são realizadas aproximadamente um total de 54 mil entrevistas por ano (BRASIL, 2018).

O plano de amostragem do Vigitel é dividido nas seguintes fases: a primeira fase consiste no sorteio sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP) de 5 mil linhas telefônicas residenciais fixas por cidade, que são ressorteadas e divididas em réplicas de 200 linhas; a segunda etapa da amostragem consiste no sorteio de um dos adultos ( $\geq 18$  anos de idade) residentes no domicílio sorteado. Essa etapa é executada após a identificação, entre as linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema. A saber, não são elegíveis as linhas de empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos (BRASIL, 2018).

As informações obtidas pelo Vigitel são autorreferidas e esse tipo de dado tem sido amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, por ser uma estratégia de menor custo, não exigir treinamento específico em saúde e ser rápida e acessível para estimar a prevalência de doenças, agravos e fatores de risco em grandes populações (MOREIRA et al., 2016).

## **Delineamento do estudo e população**

Trata-se de estudo epidemiológico de base populacional, delineamento transversal e de série temporal.

A população do estudo foi composta por 133.927 mulheres adultas com idade igual ou superior a 18 anos, sendo 6.133 mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Os homens foram excluídos do estudo, pois — de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua 2019 — 90% dos beneficiários do PBF são do sexo feminino (IBGE, 2019).

## **Coleta de dados e variáveis do estudo**

O banco de dados utilizado neste estudo advém das entrevistas telefônicas realizadas pelo Vigitel entre os anos de 2016 a 2019, e como nos anos anteriores, foram realizadas por uma empresa especializada.

A partir de 2016, a seguinte questão foi introduzida no questionário do Vigitel e foi utilizada para a construção da variável desfecho na análise dicotômica deste artigo: “*Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família? (sim ou não)*”.

Tratou-se como variáveis explicativas para análise do estudo, os indicadores:

Fatores de risco:

- a) fumantes: pessoas que relataram fumar, independentemente da quantidade, em que se considerou as respostas positivas à questão: *Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?*
- b) ex-fumante: pessoas com relato de fumar no passado, em que se considerou as respostas positivas à questão: *No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?*
- c) estado nutricional: avaliado pelas questões: *O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?; O(a) Sr.(a) sabe sua altura?* O estado nutricional foi classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2000), sendo excesso de peso o índice de massa corporal  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  e obesidade considerada como índice de massa corporal  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Os valores ausentes de excesso de peso e obesidade sofreram imputação, conforme metodologia disponível em outras publicações (BRASIL, 2018; 2019; BERNAL et al., 2017).

d) consumo regular de refrigerantes ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana em relação à pergunta: *Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?*

e) hábito de assistir à TV por 3 horas ou mais ao dia em relação à pergunta: *Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?*

f) hábito de usar computador, *tablet* ou celular por 3 horas ou mais por dia, com relação à pergunta: *Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), esse uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?*

g) consumo abusivo de bebidas alcoólicas (considerado quatro ou mais doses para mulher em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias) em relação à pergunta: *Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?*

h) autoavaliação do estado de saúde ruim, considerando as respostas ruim e muito ruim à pergunta: *O (a) Sr. (a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?*

i) morbidades referidas (relato de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial e diabetes) considerando as respostas positivas para as perguntas: *Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem pressão alta?; Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*

j) fisicamente inativo: Este indicador é construído com base nas questões sobre atividades físicas no tempo livre, no deslocamento, na atividade ocupacional e em questões sobre atividades físicas na limpeza da própria casa. Para a construção desse indicador considerou-se quem respondeu negativamente as questões: *Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?; Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?; No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?; Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?; Quem costuma fazer a faxina da sua casa?; A parte mais pesada da faxina fica com o(a) Sr.(a)?*

Fatores de proteção:

k) consumo recomendado de frutas e hortaliças, relato de consumo de cinco ou mais porções diárias, em cinco ou mais dias da semana.

l) consumo regular de feijão em cinco ou mais dias da semana, considerou-se a resposta positiva a pergunta: *Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer feijão?*

m) AF no tempo livre ( $AF \geq 150$  minutos de atividade de intensidade moderada por semana), estimado a partir das questões: *“Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”*, *“Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?”*, *“O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”*, *“Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?”* e *“No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?”*

n) atividade física no domicílio: que foi avaliada segundo o domínio ativo em casa, em que foi considerado relato positivo de realização da limpeza pesada do domicílio: *Quem costuma fazer a faxina da sua casa?; A parte mais pesada da faxina fica com?*

o) realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres segundo recomendações da OMS e Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Para a construção desse indicador considerou-se o relato positivo de realização dos exames de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos, nos últimos dois anos com a pergunta: *Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia?*; e Papanicolau para mulheres de 25 a 64 anos, nos últimos três anos com a pergunta: *Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de Papanicolau?*

### **Análise dos dados**

Para análise das bases compostas apenas por mulheres, foi necessário calcular novos pesos de pós-estratificação para ajustar a distribuição da população feminina que recebe e não recebe BF, com a finalidade de reduzir o vício decorrente da baixa cobertura de telefone fixo, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2018; 2019; BERNAL et al., 2017). Para construção desses pesos, foi utilizada como população de referência a estimativa da população feminina com ou sem BF obtida pela PNAD contínua de 2019. As variáveis idade, escolaridade e região foram utilizadas na construção dos pesos (BERNAL et al., 2017).

As análises descritivas apresentam o cálculo da distribuição das proporções das mulheres que recebem e não recebem o benefício Bolsa Família, de acordo com características sociodemográficas (idade, escolaridade e região de moradia).

Com relação aos comportamentos em saúde e DCNTs entre as mulheres beneficiárias e não beneficiárias do PBF, foram analisadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) dos indicadores com os respectivos intervalos de confiança de 95%. As RPs foram calculadas pelo modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta. Foram feitas as análises bivariadas entre a variável desfecho e cada variável explicativa e estimadas as RP brutas (RP bruta A/B) e também ajustadas por idade e escolaridade (RP<sub>aj</sub> A/B), conforme análise similar ao estudo de Malta et al. (2020).

Para a análise de tendências temporais para a população com e sem BF, empregaram-se modelos de regressão linear simples (ANTUNES; CARDOSO, 2015). Nessa análise, teve-se como variável desfecho (Y) os indicadores e como variável explicativa (X) o ano do levantamento. O coeficiente angular ( $\beta$ ) do modelo expressa a redução ou aumento médio anual do indicador. Considerou-se a existência de tendência linear significativa quando o coeficiente angular do modelo se mostrou diferente de zero e valor p inferior ou igual a 0,05. A acuracidade do modelo foi expressa pelo coeficiente de determinação ( $R^2$ ).

As análises foram realizadas no programa estatístico *Statistical Software for professional* (Stata), versão 14, utilizando os comandos do módulo *survey*, levando em consideração os pesos de pós-estratificação.

#### 4.2.3 Artigo 3

### **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – plano amostral**

A PNS é uma pesquisa domiciliar, cujo plano amostral empregado foi o de amostragem por conglomerado em três estágios de seleção. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPA); os domicílios, as unidades de segundo estágio; e os moradores com 18 anos ou mais de idade são as unidades do terceiro estágio. No primeiro estágio, a seleção das UPA foi obtida por amostragem aleatória simples (AAS). No segundo estágio, foi selecionado também por AAS, um número fixo de Domicílio Particular Permanente (DPP) em cada UPA selecionada no primeiro estágio. A seleção dos domicílios foi feita a partir do Cadastro

Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) em sua última atualização antes da conclusão dessa etapa do plano amostral. É importante ressaltar que para as informações contidas na primeira e na segunda parte do questionário, ou seja, as partes referentes às características do domicílio e ao conjunto de todos os moradores do domicílio, o plano amostral da PNS possui apenas esses dois estágios de seleção. No terceiro estágio, dentro de cada domicílio da amostra, um morador com 18 anos ou mais de idade foi selecionado por AAS para responder à 3ª parte (individual) do questionário. Essa seleção foi feita a partir de uma lista de moradores elegíveis, construída no momento da entrevista. Mais detalhes sobre amostragem e coleta de dados encontram-se disponíveis em outras publicações (SOUZA-JUNIOR et al., 2015; SZWARCOWALD et al., 2019).

### **Delineamento do estudo e população**

Estudo transversal descritivo realizado com base nos dados secundários da PNS. Para tal, foi incluído na PNS um módulo de pesquisa laboratorial e definida uma subamostra contendo 25% dos setores censitários, que contou com 8.952 entrevistados. O presente estudo considerou as 3.131 mulheres de 18 a 49 anos que participaram dessa subamostra laboratorial.

### **Coleta de dados e variáveis do estudo**

A PNS é parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE e utilizou a mesma infraestrutura amostral das demais pesquisas domiciliares do IBGE. Para o morador adulto selecionado, foram feitas aferições de peso, altura, circunferência de cintura e pressão arterial, bem como, na subamostra, coleta de sangue para realização de exames laboratoriais. A coleta de urina foi realizada visando obter dados de função renal e consumo de sal. Ao final da análise de todos os exames laboratoriais, as amostras de sangue foram armazenadas, sem identificação dos sujeitos, em soroteca hospedada na Fundação Oswaldo Cruz (SZWARCOWALD et al., 2019).

A etapa de coleta de material biológico da PNS foi realizada com recursos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS). Um consórcio de laboratórios privados, liderado pela rede DASA, constituído mediante parceria entre o Ministério da Saúde e o Hospital Sírio Libanês, no

âmbito da Proadi-SUS, foi responsável tanto pela coleta do material biológico da PNS como pela análise dos exames laboratoriais. A escolha dos laboratórios foi feita entre aqueles que atendiam aos critérios de controle de qualidade do Ministério da Saúde e para os quais fossem asseguradas as normas vigentes para coleta, transporte e processamento do material biológico. Para realização da coleta, os laboratórios consorciados receberam os seguintes materiais: agulha de coleta múltipla a vácuo, algodão para compressão no local da punção venosa, adaptador de agulha de coleta múltipla, garrote, curativo oclusivo, swab de álcool para antissepsia do sítio de coleta, luvas de procedimento, gelox, suporte de isopor, caixa de isopor e térmica. O kit de coleta foi composto pelos seguintes materiais: três tubos contendo ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA), dois tubos sorogel, kit para coleta de urina em amostra isolada, um cartão com senha inviolável para o sujeito de pesquisa retirar seus resultados via internet e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a análise dos exames laboratoriais, foram usados técnicas e reagentes padronizados pelos laboratórios do SUS (SZWARCOWALD et al., 2019).

Na primeira etapa da PNS, durante a realização das entrevistas individuais nos domicílios dos setores selecionados para a coleta de material biológico, todos os participantes foram informados pelo agente do IBGE sobre a realização da coleta. Após a conclusão de todas as entrevistas do setor, o IBGE liberava o setor para início da pesquisa de dados laboratoriais. Mediante autorização dos moradores entrevistados, informações sobre o endereço, identificação e características do indivíduo como sexo e idade eram transmitidas à coordenação da rede DASA. Foram criados códigos de identificação dos indivíduos para garantir o sigilo das informações.

Considerada como uma segunda etapa da PNS, a pesquisa de exames laboratoriais foi realizada nos domicílios dos participantes por agentes de laboratório, e ocorreu nos anos de 2014 e 2015. Na visita domiciliar, o técnico do laboratório explicava ao participante o procedimento a ser realizado. Após a assinatura do TCLE, era apresentado o kit de coleta e eram dadas orientações sobre a forma de recebimento do laudo, contendo os resultados dos exames laboratoriais. Tanto a amostra de sangue como a de urina foram coletadas, casualmente, no momento da visita domiciliar, em diferentes horários do dia. Após a análise dos exames laboratoriais, os resultados foram transmitidos ao IBGE em meio eletrônico contendo apenas os códigos de identificação dos indivíduos.

Foram utilizados dados referentes ao questionário individual, assim como os dados laboratoriais, para compor as variáveis para este artigo.

Ter ou não BF foi extraído da pergunta F012 do questionário da PNS: “No mês de julho (mês de referência), algum morador desse domicílio recebeu rendimento do Programa Bolsa Família?”.

Os indicadores incluídos neste estudo foram fatores de risco e proteção contra DCNTs:

- medidas antropométricas: peso e altura foram medidos por balança e antropômetros, e foi calculado o índice de massa corporal (IMC) — sobrepeso: IMC entre  $\geq 25$  e  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>; obesidade: IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>);
- fumantes: relatar fumar, independentemente da quantidade de cigarros utilizada;
- consumo de carnes com excesso de gordura: apontar ingerir carne vermelha com gordura visível ou frango com pele;
- consumo regular de refrigerantes ou sucos artificiais em cinco ou mais dias por semana;
- consumo de feijão em cinco ou mais dias por semana;
- consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias;
- autoavaliação do estado de saúde: foram classificadas três categorias para avaliar o estado de saúde — muito bom, regular e ruim.

Foram considerados os seguintes indicadores de morbidade referidos e diagnosticados previamente pelo médico:

- hipertensão arterial;
- diabetes;
- colesterol;
- artrite ou reumatismo;
- insuficiência renal.

Os indicadores de acesso a serviços de saúde envolveram:

- mencionar ter ou não plano de saúde ou odontológico;
- dizer procurar os serviços de saúde no último ano;
- internação nos últimos 12 meses.

## **Análise dos dados**

Na base de dados do laboratório da PNS, o IBGE incorporou variáveis referentes às DCNTs, que foram aqui analisadas, e compararam-se as prevalências e os intervalos de confiança com 95% entre as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) que disseram ter ou não BF.

Para os exames laboratoriais, foram calculados a prevalência, o IC95% e a razão de prevalência (RP) ajustada por idade, comparando-se ter ou não BF.

Foram utilizados pesos de pós-estratificação segundo sexo, idade, escolaridade e região para correção de possíveis vieses nas análises estatísticas. Assim, o estudo estimou e comparou as prevalências e IC95% utilizando o  $\chi^2$  de Pearson, e as análises foram realizadas no *Statistical Software for professional* (Stata), versão 13.

O questionário da PNS e as variáveis já foram divulgados em trabalhos anteriores, e mais detalhes podem ser vistos em outras publicações (SOUZA-JÚNIOR et al., 2015; MALTA et al., 2017).

### **4.3 Aspectos éticos**

A presente revisão integrativa desta tese assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos analisados, utilizando para citações e referências dos autores as normas no formato Vancouver – ICMJE, com o objetivo de facilitar a publicação posterior em revista na área de saúde coletiva/pública.

Os artigos dois e três apresentam análises de dados secundários de domínio público, portanto, não necessitam de revisão/aprovação por parte do sistema CEP-CONEP, uma vez que não identificam os participantes da pesquisa, sendo garantido o anonimato (BRASIL, 2016).

Ressalta-se que o projeto Vigitel, cujos dados foram utilizados para o artigo dois, foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde sob o parecer 355.590/2013 (ANEXO B), e por tratar-se de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido foi obtido oralmente no momento do contato telefônico com os entrevistados. Os indivíduos foram esclarecidos quanto aos fins de pesquisa e a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer

momento da entrevista, sobre a inexistência de risco ou danos extras à sua saúde e sobre a garantia do sigilo das informações. Quanto aos dados da PNS utilizados no artigo três, esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob nº 328.159, de 26 de junho de 2013 (ANEXO C). Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa. Além disso, os resultados de exames foram informados ao usuário pelo laboratório responsável, e em casos de resultados alterados os usuários foram orientados a procurar assistência médica na rede pública. Em casos de risco extremo, contataram-se os usuários diretamente pelo laboratório conveniado ou pelo Ministério da Saúde, visando ao atendimento imediato.

## 5 RESULTADOS

A seção de resultados deste trabalho será apresentada sob a forma de três artigos – uma revisão integrativa e dois artigos originais, elaborados respeitando-se as normas para publicação dos periódicos para os quais serão ou foram submetidos.

### 5.1 Artigo 1 – Programa Bolsa Família e fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis: uma revisão integrativa

#### PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Quéren Hapuque de Carvalho

Alanna Gomes Silva

Deborah Carvalho Malta

#### RESUMO:

**Objetivo:** Sintetizar as evidências científicas sobre a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e seus fatores de risco (FR) na população beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF). **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja busca por publicações entre 2004 a 2020 foi feita em bases de dados de abrangência nacional e internacional. **Resultados:** Foram identificados 23 artigos agrupados em três categorias: 1) Prevalência dos fatores de risco para DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF: as mulheres beneficiárias apresentaram piores desfechos no consumo de tabaco, menor prática de atividade física, maior prevalência de diabetes, hipertensão e obesidade. A alta escolaridade foi fator protetor. 2) Estado nutricional e insegurança alimentar em crianças, adolescentes e famílias beneficiárias do PBF: os estudos apontaram para uma elevada prevalência de obesidade e coexistência de déficit estatural em crianças beneficiárias. 3) Consumo alimentar de beneficiários do PBF: foi identificado um padrão não saudável de alimentação. **Conclusão:** Usuários do PBF têm mais DCNTs e FR, estão em situação de insegurança alimentar e apresentam um pior padrão alimentar, indicando que o benefício do PBF está sendo dirigido para populações mais vulneráveis. Todavia, apenas a transferência de renda não é o suficiente para alterar os determinantes sociais e de saúde, sendo fundamental que as ações de promoção da saúde e prevenção de DCNTs alcancem esta população vulnerável, em especial, àquelas destinadas a educação alimentar e nutricional.

**Palavras-Chaves:** Programas Bolsa Família. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Fatores de Risco.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, seguindo uma tendência mundial, passa por um processo de transformação em sua estrutura populacional e no padrão de morbimortalidade, caracterizados por diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, bem como das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), dos acidentes e violência <sup>1,2,3,4</sup>.

Neste contexto, as DCNTs são as principais causas de morte global e um dos maiores desafios para a saúde pública. Estima-se que anualmente essas doenças sejam responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes no mundo (70% dos óbitos) <sup>5</sup>. Em países de baixa e média renda, como o Brasil, a carga das DCNTs é ainda maior, representando 75,9% da mortalidade total <sup>6</sup>.

As DCNTs são de etiologia multifatorial, de longa duração e têm evolução lenta. Contudo, suas principais causas incluem os fatores de risco (FR) modificáveis como tabagismo, consumo abusivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada <sup>4,7,8,9</sup>. Soma-se também os efeitos das desigualdades social, econômica e demográfica, que contribuem para o aumento da carga das DCNTs e dos seus FR nos grupos em situação de vulnerabilidade, uma vez que estes têm menor acesso a bens e a serviços de saúde, a uma alimentação saudável, bem como às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos <sup>4,10,11,12</sup>. Tais fatos reforçam a premissa de que as condições de saúde são reflexos de fatores socioeconômicos, sobretudo quando relacionados às doenças de causas evitáveis, como as DCNTs <sup>13</sup>.

No Brasil há um cenário de desigualdades socioeconômicas caracterizado por importantes diferenças regionais, de renda, raça e etnia, gênero e educação <sup>14,15,16,17</sup>. Diante disso, em resposta aos níveis de vulnerabilidade e privação de parte da população brasileira e buscando reduzir as desigualdades sociais, econômicas e de saúde, foram instituídos programas de transferência condicionada de renda (PTCR), os quais são considerados como estratégias efetivas para a redução da pobreza, para combater a fome e a miséria e promover a mobilidade social <sup>18,19,20</sup>.

Destaca-se o Programa Bolsa Família (PBF), lançado em outubro de 2003 e instituído pela Lei n. 10.836 de 9 de janeiro de 2004 <sup>21</sup>. Por meio do PBF, o governo federal passou a transferir valores monetários diretamente às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, estabelecendo como contrapartida condicionalidades específicas com foco na saúde, educação e assistência social <sup>15,18,22</sup>.

A criação e expansão do PBF tem sido associada com a redução da pobreza e da desigualdade de renda <sup>23</sup>, que além de melhorar as condições econômicas geram efeitos positivos na saúde da população<sup>14,15,24</sup>. Esses efeitos podem ser percebidos por meio do acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças, de gestantes e nutrizes e maior aproximação e acesso das famílias beneficiárias às unidades de saúde com a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>25</sup>.

É importante ressaltar que o aumento do uso de serviços preventivos de saúde decorrente das condicionalidades do PBF também pode atuar diminuindo os níveis de morbimortalidade relacionadas com a pobreza e, assim, contribuir na redução das desigualdades sociais em saúde<sup>26</sup>. No entanto, existem lacunas quanto aos efeitos do PBF relacionados com as DCNTs e seus FR <sup>27</sup>, principalmente no que tange à ocorrência dessas doenças para as famílias, comunidades e ao governo, em função das mortes prematuras, incapacidades, tratamento, internações e redução da produtividade<sup>6,28</sup>.

Diante do contexto apresentado acima, este estudo objetivou identificar e sintetizar as evidências científicas sobre a ocorrência de DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do Programa Bolsa Família.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como finalidade possibilitar a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos publicados em relação ao tema investigado<sup>29,30</sup>.

Esta revisão foi desenvolvida com base nas recomendações de Botelho, Cunha e Macedo<sup>30</sup> que propõe a realização de seis etapas metodológicas: 1- identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2 - estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3 - identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4 - caracterização dos estudos selecionados; 5 - análise e interpretação dos resultados; e 6 - apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Para seleção dos estudos seguiu-se as recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension (PRISMA)*<sup>31</sup>.

Foi estabelecida a seguinte pergunta: “Como a literatura avalia a distribuição das DCNTs e seus fatores de risco na população beneficiária do Bolsa Família?”. A partir dessa pergunta, utilizou-se a estratégia PICO (P = População; I = Intervenção/Interesse; C = Comparação; O = *Outcome*/Desfecho)<sup>32</sup> para desenvolver a estratégia de busca, sendo

definidos os elementos: P – beneficiários ou famílias beneficiárias; I – Programa de Transferência de Condicionada de Renda/Programa Bolsa Família; C – não se aplica a este estudo; O – DCNT e seus fatores de risco.

Foram incluídos na revisão estudos primários quantitativos ou qualitativos, publicados em português, inglês ou espanhol, no período entre 2004 e 2020. Justifica-se o início da seleção dos estudos a partir de 2004, tendo em vista que o PBF foi instituído no Brasil em janeiro do referido ano. Foram excluídos os estudos que não tiveram como objetivo primário avaliar as DCNTs e seus FR na população beneficiária do PBF, bem como revisões narrativas, integrativas e sistemáticas, teses e dissertações, textos da internet e editoriais.

Realizaram-se às buscas das produções científicas entre setembro a dezembro de 2020 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); no Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde- IBECS (via Biblioteca Virtual em Saúde - BVS); na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE (via PubMed); Scopus (Via Portal CAPES); e na *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. Em todas as bases de dados realizou-se a busca considerando a data de publicação até 14 de dezembro de 2020.

Considerando os critérios de inclusão, elaborou-se a estratégia de busca na *PubMed*, a partir do *Medical Subject Headings (MeSH)* e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e acrescidos de palavras-chaves, utilizando a estratégia PICO, todos relacionados aos quatro grandes grupos de DCNTs e seus fatores risco modificáveis<sup>7</sup>. A estratégia final se deu pela combinação dos grupos A, B e C (Quadro1).

Quadro 1. Estratégia de busca elaborada na PubMed.

Grupo	Palavras-chave/Descritores
A	(beneficiaries) OR “beneficiary family” OR “beneficiary families”
B	“conditional cash transfer” OR “conditional cash transfers” OR “conditional cash transfer program” OR "Bolsa Família" OR "Bolsa Família Program" OR (“social programs”)
C	(“Healthy Lifestyle” OR "Health Behavior” OR "Health Risk Behavior” OR “Motor Activity” OR “Exercise” OR “Sedentary Behavior” OR “Feeding Behavior” OR “Diet, Healthy”) OR (Dyslipidemias) OR (overweight OR obesity) OR (Tobacco OR

	<p>“Tobacco Use Disorder” OR “Tobacco Use” OR “Tobacco Smoking” OR Smokers OR Smoking OR “Cigarette Smoking”) OR (alcoholics OR "Binge Drinking") OR (“Noncommunicable Disease” OR “Non-infectious Diseases” OR “Non infectious Diseases” OR "Non-infectious Disease" OR "Non-communicable Diseases" OR "Disease, Non-communicable" OR "Non communicable Diseases" OR "Non-communicable Disease" OR "Noninfectious Diseases" OR "Noninfectious Disease" OR "Non-communicable Chronic Diseases”) OR (“Cardiovascular Diseases” OR Hypertension OR “Blood Pressures”) OR ("Respiratory Tract Diseases") OR ("Diabetes Mellitus") OR (Neoplasms OR Cancer) OR (Mortality OR Morbidity)</p>
--	---

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Para identificar outros estudos não localizados nas buscas anteriores, as referências dos artigos selecionados também foram verificadas, observados os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

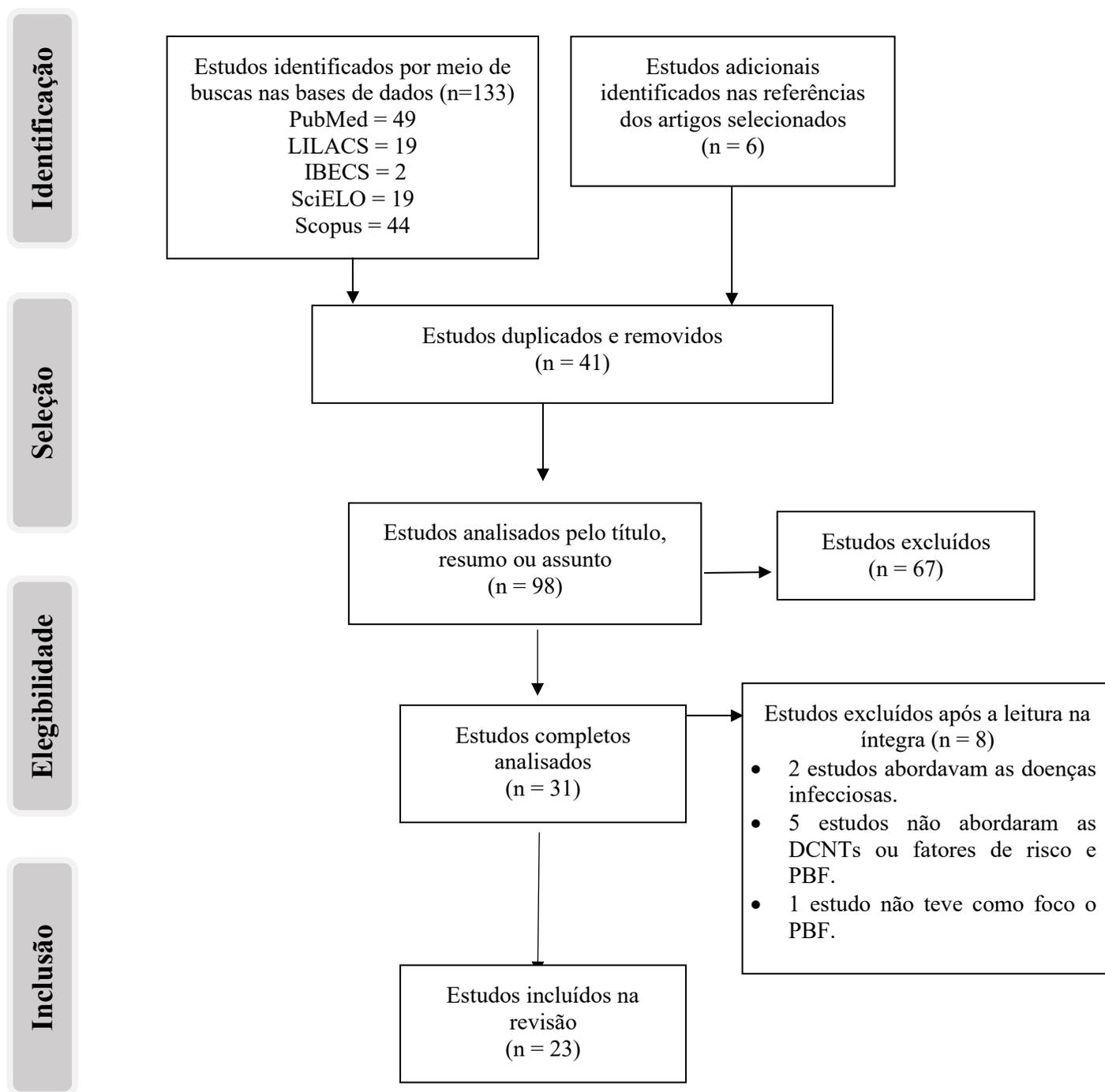
A triagem e seleção dos estudos foi feita pelo pesquisador principal e foram selecionados com base nos títulos e resumo. Posteriormente, foram lidos na íntegra os artigos pré-selecionados, identificando com precisão a sua relevância para a pesquisa e se os critérios de inclusão estavam contemplados.

A extração e sintetização dos elementos essenciais encontrados em cada publicação foram realizadas a partir de um instrumento estruturado, elaborado para este estudo, e utilizou-se o *Microsoft Excel* (<https://products.office.com/>) para a tabulação dos dados. Os dados extraídos incluíram detalhes sobre a autoria, ano de publicação e local, título do periódico, título do estudo, tipo de estudo, objetivo, características da população do estudo; níveis de evidência e principais resultados, o que permitiu que a síntese dos achados pudesse gerar categorias de análise por similaridade temática.

O nível de evidência e o grau de recomendação dos estudos foram categorizados pelo método proposto pela *Joanna Briggs Institute* (JBI)<sup>33</sup>. Os níveis de evidências são categorizados do um ao cinco (1 - estudos experimentais; 2 - estudos quase-experimentais; 3 - estudos analíticos observacionais; 4 - estudos descritivos observacionais; 5 - opinião de especialista e pesquisas de bancada) e os graus de recomendações de A até D.

## RESULTADOS

A estratégia de busca permitiu a identificação de 133 estudos e outros seis (n=6) foram incluídos por meio da busca realizada nas referências dos estudos selecionados. Excluíram-se 41 artigos duplicados. Selecionaram-se 98 estudos para leitura do resumo e, posteriormente, 67 foram excluídos pois não cumpriam os critérios de inclusão. Por fim, 31 estudos foram eleitos para leitura integral e, destes, oito foram excluídos pelos seguintes motivos: estudos que abordavam doenças infecciosas (2/8); não abordaram ocorrência de DCNTs ou fatores de risco em usuários do PBF (5/8); não teve como foco o PBF (1/8). Ao final, obteve-se o total de 23 estudos incluídos nesta revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma PRISMA da seleção de estudos <sup>31</sup>.

Fonte: Adaptado de Moher *et al.*, 2009<sup>31</sup>.

## Características das publicações

Dos 23 estudos selecionados, a maioria apresentou desenho transversal (n=21), seguidos de quase-experimental (n=1) e qualitativo (n=1). Foram desenvolvidos nos estados de Minas Gerais (n=5), São Paulo (n=1), Paraná (n=2), Rio Grande do Sul (n=1), Rio Grande do Sul e Acre (n= 1), Alagoas (n=2), Sergipe (n=1), Rio Grande do Norte (n=1); Bahia (n=1), Paraíba (n=1), Mato Grosso do Sul (n=1), Brasil (n=5) e na Região Nordeste e Sudeste (n=1). Os anos de publicação foram: 2020 (n=4), 2019 (n=1), 2018 (n=1), 2017 (n=3), 2016 (n=1), 2015 (n=3), 2014 (n=3), 2013 (n=2), 2011 (n=3) e 2010 (n=2). A população dos estudos foi constituída por mulheres (n=5), crianças e adolescentes (n=12) e famílias e indivíduos adultos (n=6). Os artigos analisados foram publicados em periódicos nacionais (n=18) e internacionais (n=5). Os níveis de evidência foram categorizados em 4.b – Estudo transversal (n=21), 4.d – Estudo de caso (n=1) e 2.c – Estudo prospectivo controlado quase-experimental (n=1) (Quadro 2).

Quadro 2. Caracterização das publicações segundo autor, ano, desenho, local de realização, população-alvo, periódico e nível de evidência.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Desenho</b>	<b>Local de realização</b>	<b>População-Alvo</b>	<b>Periódico</b>	<b>Nível de Evidência</b>
Malta et al. <sup>34</sup> (2020)	Transversal	Nacional - capitais brasileiras	Mulheres	Revista Brasileira de Epidemiologia	4.b
Batista; Moreira <sup>35</sup> (2020)	Transversal	João Pessoa - PB	Mulheres	Revista Brasileira de Ciências da Saúde	4.b
Rocha et al. <sup>36</sup> (2020)	Transversal	Bahia	Mulheres	DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde	4.b
Marçal et al. <sup>37</sup> (2020)	Transversal	Alagoas	Crianças	Public Health Nutrition	4.b
Bernal et al. <sup>38</sup> (2019)	Transversal	Nacional	Mulheres	Revista Brasileira de Epidemiologia	4.b
Silvani et al. <sup>39</sup> (2018)	Transversal	Porto Alegre – Rio Grande do Sul	Beneficiários Adultos	Ciência & Saúde Coletiva	4.b
Ferreira; Magalhães <sup>40</sup> , (2017)	Estudo de caso Qualitativo	Diamantina - MG	Mulheres	Saúde e Sociedade	4.d
Freitas et al. <sup>41</sup> (2017)	Transversal	Acre e Rio Grande do Sul	Crianças	Journal of Human Growth and Development	4.b
Sperandio et al. <sup>42</sup> (2017)	Transversal	Região Sudeste e Nordeste do Brasil	Crianças e Adolescentes	Revista de Nutrição	4.b
Carmo et al. <sup>43</sup> (2016)	Transversal	Belo Horizonte Minas Gerais	Adolescentes	Jornal de Pediatria	4.b
Martins; Monteiro <sup>44</sup> (2016)	Quase-experimental	Nacional	Famílias	BMC Public Health	2.c
Santos et al. <sup>45</sup> (2015)	Transversal	Piratininga - São Paulo	Crianças	Journal of Human Growth and Development	4.b

Vega et al. <sup>46</sup> (2014)	Transversal	Nacional	Crianças	Ciência & Saúde Coletiva	4.b
Silva; Nunes <sup>47</sup> (2015)	Transversal	Mato Grosso do Sul	Crianças	Revista Brasileira de Epidemiologia	4.b
Saldanha et al. <sup>48</sup> (2014)	Transversal	Minas Gerais	Crianças	Revista Médica de Minas Gerais	4.b
Monteiro et al. <sup>49</sup> (2014)	Transversal	Colombo - Paraná	Famílias	Ciência & Saúde Coletiva	4.b
Cabral et al. <sup>50</sup> (2013)	Transversal	Maceió - Alagoas	Famílias	Estudos Avançados	4.b
Lima et al. <sup>51</sup> (2013)	Transversal	Curitiba – Paraná	Famílias	Revista Brasileira de Epidemiologia	4.b
Oliveira et al. <sup>52</sup> (2011)	Transversal	Paula Candido - Minas Gerais	Crianças	Ciência & Saúde Coletiva	4.b
Oliveira et al. <sup>53</sup> (2011)	Transversal	Paula Candido – Minas Gerais	Crianças	Epidemiologia e Serviços de Saúde	4.b
Silva <sup>54</sup> (2011)	Transversal	Sergipe	Crianças	Revista Paulista de Pediatria	4.b
Saldiva; Silva; Saldiva <sup>55</sup> (2010)	Transversal	Região Nordeste	Crianças	Revista de Nutrição de Campinas	4.b
Lignani et al. <sup>56</sup> (2010)	Transversal	Brasil	Famílias	Public Health Nutrition	4.b

Os principais resultados dos estudos foram sumarizados em três categorias: 1. Prevalência dos fatores de risco para DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF; 2. Estado nutricional e insegurança alimentar em crianças, adolescentes e famílias beneficiárias; 3. Consumo alimentar de beneficiários do PBF (Quadro 3):

### 1. Prevalência dos fatores de risco para DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF

Foram identificados dois estudos que avaliaram a prevalência de indicadores de DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF<sup>34,38</sup>. Os principais resultados desses artigos estão apresentados a seguir e foram considerados a Razão de Prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). As mulheres beneficiárias do programa apresentaram prevalências mais elevadas de sobrepeso (RP 1,21 – IC95% 1,14-1,29)<sup>34</sup>; (33,5% p=0,001)<sup>38</sup>, de obesidade [(RP 1,63 – IC95% 1,44-1,85)<sup>34</sup>; (26,9% p=0,001)<sup>38</sup>], de tabagismo [(RP 1,98 – IC95% 1,61-2,43)<sup>34</sup>; (11,3% p<0,029)<sup>38</sup>], de consumo de refrigerantes (RP 1,68 – IC95% 1,43-1,98)<sup>34</sup>, bem como do consumo de feijão (RP 1,25 – IC95% 1,18-1,32)<sup>34</sup>; (75% p<0,001)<sup>38</sup> e de atividade física no domicílio (RP 1,35 – IC95% 1,29-1,41)<sup>34</sup>. Em contrapartida, apresentaram menor prevalência de prática de atividade física no tempo livre (RP 0,65 – IC95% 0,57-0,75)<sup>34</sup>, do consumo de bebidas alcoólicas (13,4% p=0,022)<sup>38</sup> e de frutas e hortaliças (RP 0,63 – IC95% 0,54-0,73)<sup>34</sup>.

Estas mulheres apresentaram ainda prevalências mais elevadas de morbidades autorreferidas, como diabetes (RP 1,66 – IC95% 1,33-2,07)<sup>34</sup> e hipertensão [(RP 1,46 – IC95% 1,29-1,64)<sup>34</sup>; (13,4% – p<0,001)<sup>38</sup>], esta última inclusive durante a gravidez (7,4% p<0,001)<sup>38</sup>. Em um destes estudos, foram verificados os exames laboratoriais, os quais evidenciaram que estas beneficiárias apresentaram maior prevalência de colesterol HDL <40 mg/dL (RP 1,41 – IC95% 1,17-1,06)<sup>38</sup>. Destaca-se que a alta escolaridade (12 ou mais anos de estudo) foi fator protetor entre as beneficiárias, reduzindo as prevalências de indicadores de DCNTs, mas mantendo ainda um pior desempenho para excesso de peso (RP 1,27 – IC95% 1,01-1,61), consumo de refrigerantes (RP 2,01 – IC95% 1,30-3,12) e hipertensão autorreferida (RP 1,67 – IC95% 1,07-2,60)<sup>34</sup>.

## **2. Estado nutricional e insegurança alimentar em crianças, adolescentes e famílias beneficiárias do PBF**

Esta temática foi abordada por 11 estudos, sendo que nove avaliaram as condições nutricionais de crianças<sup>41,45,46,47,48,49,52,53,54</sup>, um em crianças e adolescentes<sup>42</sup> e um em famílias<sup>50</sup>. Ademais, três destes estudos também trataram sobre a insegurança alimentar<sup>46,49,50</sup>.

O excesso de peso e a obesidade foram os distúrbios nutricionais mais prevalentes nas crianças beneficiadas pelo programa<sup>41,45-50,52,53,55</sup>. No entanto, houve coexistência com o déficit estatural que atingiu crianças entre 6 meses a 10 anos<sup>45,49,50,52,53</sup> e adolescentes com 11 a 19 anos<sup>50</sup>. As crianças menores de 48 meses tiveram 4,4 vezes mais chances de apresentarem baixa estatura, comparativamente às mais velhas<sup>52,53</sup>.

Sob outra perspectiva, um estudo com análises de duas regiões do Brasil, Sudeste e Nordeste, indicaram que o PBF teve impacto positivo no estado nutricional de crianças e adolescentes de cinco a 19 anos em ambas as regiões<sup>42</sup>. No Nordeste, as famílias beneficiárias apresentaram menor proporção de crianças e adolescentes com baixo peso e, no Sudeste, apresentaram menor proporção de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade<sup>42</sup>.

A prevalência de insegurança alimentar grave em crianças beneficiárias do PBF foi de 52,3% e apenas 18,7% estavam em condições de segurança alimentar<sup>46</sup>. Ao analisar estes fatores nas famílias integrantes do PBF, a prevalência de insegurança alimentar foi acima de 80%<sup>49,50</sup>.

### 3. Consumo alimentar de beneficiários do PBF

O consumo alimentar entre beneficiários do PBF foi avaliado por dez estudos, sendo três na população de crianças e adolescentes<sup>37,43,55</sup>, três em mulheres<sup>35,36,40</sup> e quatro nas famílias<sup>39,44,51,56</sup>.

Na população infantil, foi possível verificar um elevado consumo de ultraprocessados. As crianças do PBF tiveram três vezes mais chances de consumir guloseimas (OR 3,06 – IC 1,35-6,95)<sup>55</sup> e prevalência 1,24 vezes maior no consumo regular de refrigerantes (IC95% 1,10-1,39;  $p < 0,001$ )<sup>43</sup>. Por meio de um recordatório de consumo das últimas 24 horas, 90,6% de crianças menores de dois anos haviam consumidos alimentos ultraprocessados<sup>37</sup>. Por outro lado, houve uma associação entre menor consumo desses alimentos e a continuação da amamentação no primeiro (RP 0,93 - IC 95% 0,88 – 0,99) e segundo ano de vida (RP =0,91 - IC 95% 0,86-0,96)<sup>37</sup>.

Quanto à disponibilidade de alimentos saudáveis no local de compra, 98,6% das mulheres beneficiárias afirmaram ter opções saudáveis disponíveis, mas, ao serem indagadas se incluíam tais alimentos nas compras, esse percentual caiu para 78,1%<sup>35</sup>. As beneficiárias mostraram maior consumo de feijão, frutas frescas e bebidas adoçadas, mas baixa ingestão de verduras<sup>36</sup>. Em outro estudo, único nesta revisão com abordagem qualitativa, mostrou que entre as beneficiárias há uma predileção por alimentos calóricos a base de farinhas, açúcares e gorduras. O consumo de alimentos proteicos, especialmente o leite, o queijo, a carne de boi e o pescado foi raramente citado. Da mesma forma, o consumo de frutas revelou ser praticamente nulo<sup>40</sup>.

Entre os indivíduos adultos pertencentes às famílias beneficiárias, observou-se um consumo adequado de feijão<sup>51</sup>, baixo consumo de frutas<sup>39,51</sup>, verduras<sup>39,51</sup> e produtos lácteos<sup>51</sup>, além de consumirem refrigerantes (RP 2,3 – IC95% 1,8-2,9) e açúcar (RP 2,5 – IC95% 2,1-3,1)<sup>56</sup>. Em contrapartida, efeitos positivos do recurso do PBF foram identificados no aumento de gastos com alimentos saudáveis. Constatou-se gasto de 7,3% maior com alimentos *in natura* ou minimamente processados (carnes, tubérculos e vegetais) e gasto de 10,4% maior com ingredientes culinários (açúcar e óleos vegetais) entre as famílias do PBF<sup>44</sup>, comparando-se com outras famílias de baixa renda.

Quadro 3. Categorização dos estudos por similaridade temática.

Autor	Objetivos	População do estudo - amostra
<b>Categoria 1 – Prevalência dos fatores de risco para DCNTs em mulheres beneficiárias do PBF</b>		
Bernal et al. <sup>38</sup> (2019)	Avaliar a prevalência de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo exames laboratoriais, na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva, conforme recebimento ou não do Bolsa Família.	924 mulheres beneficiárias e 2.207 não beneficiárias
Malta et al. <sup>34</sup> . (2020)	Comparar a distribuição de indicadores de doenças crônicas não transmissíveis entre mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família nas capitais brasileiras.	3.330 mulheres beneficiárias e 63.152 não beneficiárias
<b>Categoria 2 – Estado nutricional e insegurança alimentar em crianças, adolescentes e famílias beneficiárias do PBF</b>		
Oliveira et al. <sup>52</sup> (2011)	Conhecer o estado nutricional de crianças cadastradas no PBF, comparando aquelas beneficiárias com as não beneficiárias; e conhecer os fatores de risco para a desnutrição com base em modelagem hierarquizada.	262 crianças do grupo BF e 184 crianças do grupo NBF
Oliveira et al. <sup>53</sup> (2011)	Analisar as diferenças na situação nutricional de crianças cadastradas no PBF de um município da Zona da Mata Mineira.	262 crianças do grupo BF 184 crianças do grupo NBF
Silva <sup>54</sup> (2011)	Estimar a prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) durante os anos de 2008 a 2010, de acordo com o sexo e com as regionais de saúde do estado de Sergipe.	79.795 crianças beneficiárias do BF (38.903 meninas e 40.892 meninos)
Cabral et al. <sup>50</sup> (2013)	Avaliar o estado nutricional, o consumo e a segurança alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família residentes nas favelas de Maceió (AL)	204 famílias e 847 indivíduos beneficiários do PBF
Vega et al. <sup>46</sup> (2014)	Caracterizar crianças menores de 2 anos beneficiárias de qualquer PTCR vigente no Brasil em 2006, com destaque ao PBF, quanto a variáveis demográficas e socioeconômicas, bem como avaliar algumas variáveis nutricionais, comparando-as com a população não beneficiária	1735 crianças (29,4% eram beneficiárias de PTCR)
Monteiro et al. <sup>49</sup> (2014)	Identificar a prevalência de insegurança alimentar das famílias integrantes do PBF no município de Colombo (PR) e os fatores relacionados a essa condição, bem como descrever o estado nutricional das crianças menores de cinco anos que delas fazem parte	442 famílias e 199 crianças menores de cinco anos
Saldanha et al. <sup>48</sup> (2014)	Caracterizar o estado nutricional de crianças menores de sete anos de idade, beneficiárias do PBF acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no estado de Minas Gerais (MG).	Crianças do BF 2008 = 272.453 2009 = 349.792 2010 = 416.345 2011 = 395.655
Santos et al. <sup>45</sup> (2015)	Avaliar o estado nutricional em menores de cinco anos, cujas famílias são beneficiadas pelo programa “Bolsa-família” de uma cidade da região noroeste do estado de São Paulo.	283 crianças do BF

Silva; Nunes <sup>47</sup> (2015)	Estimar a prevalência de baixo peso, sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade que vivem na condição de pobreza e extrema pobreza, de acordo com o sexo e com as mesorregiões geográficas, no estado de Mato Grosso do Sul.	19. 289 crianças (9.451 meninas e 9.838 meninos)
Freitas et al. <sup>41</sup> (2017)	Comparar as prevalências do perfil nutricional de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família dos estados do Acre e do Rio Grande do Sul, assim como analisar mudanças no perfil antropométrico dessas crianças por período de cinco anos.	94.865 crianças do Acre e 342.462 do Rio Grande do Sul
Sperandio et al. <sup>42</sup> (2017)	Avaliar e comparar o impacto do Programa Bolsa Família no estado nutricional de crianças e adolescentes do Nordeste e Sudeste brasileiro.	Nordeste 6.718 famílias com crianças e adolescentes (2.216 eram beneficiários do PBF) Sudeste 1.670 famílias (379 eram beneficiárias)
<b>Categoria 3 Consumo alimentar dos usuários do PBF</b>		
Lignani et al. <sup>56</sup> (2010)	Analisar mudanças e preditores de mudança na alimentação autorreferida entre famílias brasileiras beneficiárias do Programa Bolsa Família.	5.000 famílias
Saldiva; Silva; Saldiva <sup>55</sup> (2010)	Avaliar as condições de saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos, e associar a qualidade do consumo alimentar aos beneficiários do Programa Bolsa Família de um município do semiárido brasileiro.	164 crianças menores de cinco anos (51,8% eram beneficiárias do programa)
Lima et al. <sup>51</sup> (2013)	Investigar a qualidade da dieta da população inscrita no Programa Bolsa-Família, no Município de Curitiba, PR.	747 indivíduos. (91,4% mulheres e 8,6% homens)
Carmo et al. <sup>43</sup> (2016)	Avaliar a frequência alimentar e o estado nutricional entre os estudantes segundo participação no programa <i>Bolsa Família</i> financiado pelo governo.	319 crianças (37% beneficiários do PBF)
Martins; Monteiro <sup>44</sup> (2016)	Avaliar o impacto do programa de transferência de renda condicionada <i>Bolsa Família</i> na compra de alimentos de famílias de baixa renda no Brasil.	11.282 domicílios (48,5% eram beneficiários do PBF)
Ferreira; Magalhães <sup>40</sup> (2017)	Investigar as práticas alimentares de mulheres pobres e obesas, dentro da perspectiva de promoção da saúde	54 mulheres beneficiárias
Silvani et al. <sup>39</sup> (2018)	Avaliar o consumo alimentar de usuários do SUS de acordo com o tipo de assistência recebida – modelo assistencial convencional (UBS) e modelo de assistência (ESF) – e conforme a participação no PBF.	187 beneficiários
Batista; Moreira <sup>35</sup> (2020)	Avaliar os aspectos relacionados às decisões alimentares de beneficiárias do Programa Bolsa Família.	73 mulheres beneficiárias
Rocha et al. <sup>36</sup> (2020)	Conhecer os determinantes das escolhas alimentares entre as beneficiárias do Programa Bolsa Família em um município do interior da Bahia.	40 mulheres beneficiárias
Marçal et al. <sup>37</sup> (2020)	Avaliar a associação entre o consumo de alimentos ultraprocessados e a prática da amamentação em menores de 2 anos de idade, atendidos pelo programa de transferência condicionada de renda Bolsa Família.	1.604 crianças beneficiárias do PBF

## DISCUSSÃO

Esta revisão permitiu identificar um *corpus* de análise de 23 publicações entre 2004 e 2020, sendo que a maioria apresentou desenho transversal (n=21) e foi publicada em periódicos nacionais (n=18), tendo Minas Gerais como o estado com maior número de publicações (n=5). Em síntese, os resultados dos estudos puderam ser combinados em categorias temáticas, na qual trouxeram considerações sobre a ocorrência de DCNTs e seus fatores de risco, estado nutricional e consumo alimentar na população beneficiária do Programa Bolsa Família.

Na primeira categoria temática, as mulheres beneficiárias apresentaram piores desfechos para DCNTs, como maior consumo de tabaco, menor prática de atividade física e maior ocorrência de diabetes e hipertensão autorreferidas, além de apresentarem maior sobrepeso e obesidade. Ressalta-se que as mulheres estão entre o grupo considerado prioritário em relação às condicionalidades de saúde pelo PBF<sup>57</sup>, no entanto, as ações para esse público ainda são majoritariamente pautadas nas questões reprodutivas<sup>38</sup>, o que contribui de todo modo para a emancipação feminina em contraponto ao contexto de uma sociedade enraizada no machismo<sup>58</sup>. Nessa perspectiva, compreende-se que o Bolsa Família necessita estar atrelado a outras políticas públicas que garantam que o cuidado integral a saúde da mulher seja alcançado.

Chama a atenção o fato de a escolaridade estar relacionada a menor ocorrência de fatores de risco para DCNTs entre essas mulheres, mostrando a importância da educação para romper o ciclo intergeracional da pobreza, o que tem influência direta sobre a saúde dos mais vulneráveis<sup>59,60</sup>. Dado esse contexto, é premente que o processo de escolarização seja incentivado entre as mulheres do PBF, pela reversão do hiato educacional de sexo em favor das mulheres e com isso uma maior oportunidade de entrarem no mercado de trabalho, terem um incremento na renda da família e maior autonomia financeira, o que viabilizará maior acesso aos bens e serviços essenciais à manutenção do estado de saúde, tais como alimentação e moradia adequadas<sup>49,61</sup>.

Dessa forma, os resultados encontrados nesse público evidenciaram que as beneficiárias do PBF apresentaram mais fatores de risco para DCNTs<sup>34,38</sup> potencialmente modificáveis por políticas de transferência de renda, principalmente se associadas a outras políticas públicas de educação em saúde, alimentar e nutricional, bem como políticas e programas de incentivo a escolarização<sup>61</sup>. Convém destacar que os estudos apresentados e discutidos não demonstraram relação de causalidade entre o BF e fatores de risco para DCNTs e sim a maior vulnerabilidade preexistente desta população e piores indicadores em saúde, o que demonstra que o benefício tem sido destinado há quem de fato precisa.

Na segunda categoria, os estudos apresentados tiveram como principal objetivo a avaliar o estado nutricional e a insegurança alimentar de crianças e adolescentes beneficiários do PBF<sup>41,42,45-49,52-54</sup>, comparados com outras famílias de baixa renda<sup>52,53</sup>. Os estudos apontaram maior vulnerabilidade nas crianças beneficiárias do PBF, que apresentaram maior obesidade com a coexistência de déficit crônico de altura/idade, algo já superado na grande maioria das famílias brasileiras<sup>62</sup>. Este quadro revela um processo antagônico de transição nutricional no Brasil, na qual a desnutrição que ocorre na primeira infância, por efeitos cumulativos, está associada a prejuízos no desenvolvimento psicomotor, ao menor aproveitamento escolar e à menor capacidade produtiva na idade adulta, inclusive predispondo-os a obesidade e outras DCNTs<sup>49,62</sup>.

As privações e a instabilidade no acesso aos alimentos, do ponto de vista qualitativo e quantitativo, decorrente de determinantes socioeconômicos, é uma realidade encontrada dentro dos lares brasileiros principalmente entre os mais pobres, e que podem ocasionar graves consequências ao bem-estar e saúde dos indivíduos, configurando-se assim um estado de insegurança alimentar<sup>16,63</sup>.

Em uma análise de dados dos 27 estados brasileiros, verificou-se que o percentual de extremamente pobres teve autocorrelação espacial positiva e moderada com a prevalência de insegurança alimentar e nutricional (IAN)<sup>16</sup>. Análises de outro estudo identificaram uma maior prevalência de IAN em escolas e creches, serviços de saúde e entre beneficiários do Programa Bolsa Família, cujas variáveis como renda familiar, quantidade de indivíduos no domicílio e tipo de moradia mostraram-se como principais determinantes de IAN, evidenciando sua determinação social<sup>64</sup>.

No Brasil, dos 68,9 milhões de domicílios do país nos anos de 2017 e 2018, 36,7% estavam com algum nível de insegurança alimentar, atingindo ao todo, 84,9 milhões de pessoas<sup>65</sup>. Nesse período, a insegurança alimentar grave, ao menos em alguns momentos, esteve presente no lar de 10,3 milhões de brasileiros<sup>65</sup>, sendo caracterizada por uma experiência de fome vivenciada no domicílio, ou seja, há uma redução severa da quantidade e qualidade de alimentos nas refeições de todos os membros da família, inclusive das crianças residentes nesses domicílios<sup>46,49</sup>.

A garantia da segurança alimentar e nutricional requer programas que englobam tanto o enfrentamento da desnutrição quanto o sobrepeso e a obesidade. O PBF pode contribuir de forma mais eficaz para o bem-estar nutricional dos beneficiários quando combinados com outras intervenções, como as que promovem a alimentação saudável<sup>43,66</sup>. Posto isto, embora

este não seja um critério de inclusão, priorizam-se nos PTCR famílias com algum grau de insegurança alimentar, o que pode ajudar no enfrentamento desta vulnerabilidade.

Por fim, quanto à categoria de análise sobre o consumo alimentar de beneficiários, esta evidenciou um padrão não saudável de alimentação<sup>35-37,39,40,43,44,51,55,56</sup>. De fato, o PBF contribuiu para elevar o acesso aos alimentos em quantidade e variedade, como cereais, biscoitos, leite, proteína de origem animal, guloseimas e outros produtos ultraprocessados, e em menor quantidade frutas e hortaliças<sup>67</sup>. Entretanto a revisão também apontou que uma parcela das famílias passou a usar o dinheiro do PBF na compra de alimentos saudáveis, minimamente processados e *in natura*, mas nem todos fizeram estas escolhas saudáveis<sup>44</sup>. A dificuldade na compra de alimentos saudáveis, pode ser tanto falta de acesso à informação, quanto pelo elevado custo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes, carnes, leite e derivados<sup>68</sup>. Devendo isto ser objeto de políticas públicas para redução do custo de alimentos saudáveis e eventualmente a taxação de alimentos ultraprocessados<sup>69</sup>.

Destaca-se que, nas crianças menores de 2 anos ainda em aleitamento materno, houve um menor consumo de ultraprocessados<sup>37</sup>. Estes resultados indicam a importância do fortalecimento de políticas públicas voltadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável voltadas para populações com dificuldades de acesso físico e econômico a uma alimentação adequada. Ademais, o leite materno se insere como fator protetor às DCNTs na infância, além de ser o alimento mais completo para as crianças<sup>70</sup>.

Diante deste cenário, a população do PBF, assim como grande parcela da população brasileira, vem apresentando elevadas prevalências de sobrepeso e obesidade<sup>34,38,68</sup> em decorrência de hábitos alimentares não saudáveis. Além disso, as atuais mudanças contemporâneas no estilo de vida das pessoas também estimulam o sedentarismo e o hábito de se dispender grande parte do tempo assistindo televisão ou utilizando *smartphones* para entretenimento<sup>71,72</sup>. Esses comportamentos diminuem significativamente o tempo gasto com atividade física e aumentam o risco de serem influenciados, por meio da publicidade, a consumir produtos industrializados que contém excesso açúcares, gorduras e sal em substituição aos alimentos caseiros ou naturais<sup>68</sup>. Todos esses elementos, geram um ambiente propício para o desenvolvimento de DCNTs, trazendo prejuízos tanto à família quanto à sociedade<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva, políticas públicas que facilitem o acesso a alimentos saudáveis são imprescindíveis. Dessa forma, a alimentação adequada deve ser impulsionado por meio da educação nutricional nas escolas e nas Unidades de Saúde da Família, o governo deve atuar no

incentivo à criação de hortas comunitárias, na oferta de aulas práticas de culinária em cozinhas comunitárias, na ampliação de mercados e restaurantes populares com preços justos para a população de baixa renda e atuar no sistema de produção de alimentos, com apoio à agricultura familiar e auxiliar no escoamento dos produtos por meio de projetos públicos<sup>49</sup>.

O PBF caminha na perspectiva de garantir o direito humano à alimentação adequada e, embora não seja um programa de intervenção nutricional, está estreitamente ligado à mudança do estado de saúde e nutrição da população<sup>51</sup>. Dessa forma, é necessário avançar na incorporação de abordagens que envolvam avaliações do estado nutricional, analisando os riscos para as DCNTs e, assim, atuar no desenvolvimento de ações de promoção a uma alimentação saudável e adequada e incorporação de um plano de atividade física para populações mais vulneráveis, como os beneficiários do Bolsa Família.

### **Limitações e pontos fortes**

Tratando-se das limitações desta revisão, foi possível verificar que ainda são incipientes os estudos que abordem às DCNTs e seus fatores de risco na população do PBF, principalmente no que tange acompanhamento por longos períodos a fim de verificar possíveis relações causais. Outro ponto é a variabilidade de métodos usados nos estudos para avaliar e caracterizar a população beneficiária. O Brasil é um país de dimensões continentais e as análises nas diferentes regiões deve ser levada em consideração, uma vez que a heterogeneidade geográfica pode explicar uma possível associação do PBF com a melhora de indicadores de saúde em regiões mais pobres.

Como ponto forte esta revisão pode indicar que o benefício tem sido destinado a quem de fato necessita, uma população vulnerável e com maiores prevalências de fatores de risco para DCNTs, o que implica a necessidade de que além do recurso financeiro, outras políticas públicas atuem em sinergia com o PBF.

### **CONCLUSÃO**

De maneira geral, esta revisão objetivou sistematizar o que a literatura abrange sobre o Programa Bolsa Família e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco, de modo que a estratégia de busca aplicada identificou 23 artigos. A maioria dos estudos mostrou que o PBF tem beneficiado parcela importante de famílias com elevada vulnerabilidade, com

piores indicadores de DCNTs como baixo consumo de frutas, hortaliças, elevado consumo de ultraprocessados, menor prática de atividade física, maior uso de tabaco e maior prevalência de obesidade, e na população infantil, coexistência da obesidade e da desnutrição (retardo do crescimento), portanto, abrangendo a população de alta vulnerabilidade e em insegurança alimentar.

Destaca-se que o indicador – altura por idade, merece especial atenção, uma vez que permite inferências quanto à desigualdade nas populações, dada que a própria desnutrição é um dos produtos da desigualdade social e, com isso, intervenções governamentais podem ser antecipadas com a finalidade de evitar as repercussões que esse quadro possa predispor, como por exemplo a obesidade na vida adulta.

Ademais, ainda que haja uma maior ocorrência de fatores de risco para DCNTs nesta população, esta não representa uma relação de causalidade, mas sim um indicador de vulnerabilidade social, confirmando que o benefício está sendo destinado a quem de fato necessita. Igualmente, na medida em que as mulheres têm o mesmo grau de escolaridade, as prevalências de fatores de risco reduzem, ou seja, a educação tem um grande papel positivo na melhoria dos indicadores em saúde.

A revisão aponta o grande problema da insegurança alimentar nesta população, e embora este não seja um critério de inclusão, priorizam-se famílias com algum grau de insegurança alimentar, evidenciando que o Programa Bolsa Família tem atingido os mais necessitados. Além disso, os estudos aqui analisados puderam mostrar que o aumento do poder aquisitivo familiar permitido pelo benefício do PBF contribuiu em alguns casos para o incentivo de práticas saudáveis, como aquisição de alimentos frescos e minimamente processados. No entanto, é preciso ressaltar que apenas a transferência de renda não é suficiente para a modificação de hábitos e escolhas mais saudáveis, é preciso esclarecer e reforçar o papel que a alimentação saudável desempenha na saúde, considerando a importância da implementação de programas e projetos de educação nutricional entre os beneficiários do PBF.

Por fim, espera-se ainda que este estudo possa auxiliar na compreensão da atuação do PBF como política de transferência direta de renda e sua relação com às DCNTs e seus fatores de risco e, assim, auxiliar no planejamento de futuras políticas e programas de proteção social com o potencial de alcançar melhores efeitos na saúde de indivíduos vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 ago;15(5):2297–305.
2. Marinho F, Passos VM de A, França EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2016 out;25(4):713–24.
3. Boccolini P de MM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 nov;22(11):3537–46.
4. Melo SP da S de C, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz R de SBLC, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 ago;24(8):3159–68.
5. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: WHO; 2020. [acessado 2021 Abr 24]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/ncd-progress-monitor-2020>
6. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Popul Health Metrics* [Internet]. 2020 set;18(S1).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
8. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MT de M, Lisbôa RM, et al. Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2018;21(suppl 1).
9. Reis B de SMT, Machado ÍE, Freitas MI de F, Jorge A de O, Silva AG, Malta DC. Temporal trend in the prevalence of risk and protection factors for Chronic Nontransmissible diseases in Belo Horizonte, MG. *Reme Revista Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2020;24.

10. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC de, Silva MMA da, Freitas MI de F, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51(suppl 1).
11. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet* [Internet]. 2017 mar;389(10075):1229–37.
12. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ* [Internet]. 2019 jan 28;1251.
13. Santos R dos, Bottega CG. ‘Saco vazio não para em pé’: Programa Bolsa Família e mortalidade por desnutrição. *Saúde debate* [Internet]. 2019 set;43(122):863–74.
14. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 jul;22(7):2097–108.
15. Silva ES de A da, Paes NA. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019 fev;24(2):623–30.
16. Bezerra MS, Jacob MCM, Ferreira MAF, Vale D, Mirabal IRB, Lyra C de O. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 out;25(10):3833–46.
17. Pitombeira DF, Oliveira LC de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020 maio;25(5):1699–708.
18. Monnerat, Giselle Lavinas. Transferência condicionada de renda, saúde e intersetorialidade: lições do programa bolsa família. 2009. 283 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.
19. Roque DM, Ferreira MAM. O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países. *Saude soc* [Internet]. 2015 dez;24(4):1193–207.
20. De Córdova I, Gonçalves Alves I. Programas de transferencia condicionada de renta en la óptica de los derechos sociales: una opción para el combate de las vulnerabilidades brasileñas. *Polis* [Internet]. 2019 set 12;18(53).

21. Brasil. Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm).
22. Guadagnin E, Moreira Neto PR, Vianna PVC. Bolsa família: potencialidades e desafios na indução de políticas públicas a partir dos territórios. *barbaroi* [Internet]. 2019 dez 20;31–56.
23. Campello T. Uma década derrubando mitos e superando expectativas. In: Tereza Campello, Marcelo Côrtes Neri, organizators. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: Ipea, 2013. p. 15-24.
24. Paiva LH, Souza PHGF de, Bartholo L, Soares S. Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à COVID-19. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2020 ago;54(4):1097–110.
25. Bartholo L, Passos L, Fontoura N. Bolsa Família, autonomia feminina e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais? *Cad Pagu* [Internet]. 2019;(55).
26. Barros MB de A, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 set;16(9):3755–68.
27. Labrecque JA, Kaufman JS. Health profile differences between recipients and non-recipients of the Brazilian Income Transfer Program in a low-income population. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019;35(6).
28. Siqueira A de SE, Siqueira-Filho AG de, Land MGP. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2017.
29. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul enferm* [Internet]. 2007 jun;20(2):v–vi.
30. Botelho LLR, Cunha CC de A, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *GeS* [Internet]. 2011 dez 2;5(11):121.
31. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 jul 21;6(7):e1000097.
32. Santos CM da C, Pimenta CA de M, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2007 jun;15(3):508–11.

33. The Joanna Briggs Institute. JBI levels of evidence. [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence\\_2014\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf) (acessado em 12/Set/2020).
34. Malta DC, Bernal RTI, Carvalho QH de, Pell JP, Dundas R, Leyland A, et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2020;23.
35. Duarte Batista L, Vasconcelos Leitão Moreira P. [ID 47695] Decisões alimentares de beneficiárias do Programa Bolsa Família: a renda é o único determinante do “comer saudável”? *RBCS* [Internet]. 2020 mar 25;24(1).
36. Rocha TR da, Santos JS, Pereira MLAS, Porcino DC, Pereira MHQ. Escolhas alimentares entre as beneficiárias do Programa Bolsa Família. *DEMETRA* [Internet]. 2020 jan 30;15:e43568.
37. Marçal G de M, Mendes MM e, Fragoso MDGM, Florêncio TM de MT, Bueno NB, Clemente APG. Association between the consumption of ultra-processed foods and the practice of breast-feeding in children under 2 years of age who are beneficiaries of the conditional cash transfer programme, Bolsa Família. *Public Health Nutr* [Internet]. 2020 ago 17;1–9.
38. Bernal RTI, Felisbino-Mendes MS, Carvalho QH de, Pell J, Dundas R, Leyland A, et al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2019;22(suppl 2).
39. Silvani J, Buss C, Pena G das G, Recchi AF, Wendland EM. Consumo alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 ago;23(8):2599–608.
40. Ferreira VA, Magalhães R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saude soc* [Internet]. 2017 dez;26(4):987–98.
41. Freitas AG, Lima DG de, Bortolini MJS, Meneguetti DUDO, Santos EFDS, Macedo Junior H, et al. Comparison of the nutritional status in children aged 5 to 10 years old on the Conditional Cash Transfer Programme in the States of Acre and Rio Grande do Sul, Brazil. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2017 abr 13;27(1):35.
42. Sperandio N, Rodrigues CT, Franceschini S do CC, Priore SE. Impact of Bolsa Família Program on the nutritional status of children and adolescents from two Brazilian regions. *Rev Nutr* [Internet]. 2017 ago;30(4):477–87.

43. do Carmo AS, de Almeida LM, de Oliveira DR, dos Santos LC. Influence of the Bolsa Família program on nutritional status and food frequency of schoolchildren. *Jornal de Pediatria* [Internet]. 2016 jul;92(4):381–7.
44. Martins APB, Monteiro CA. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. *BMC Public Health* [Internet]. 2016 ago 19;16(1).
45. Dos Santos FPC, De Vitta FCF, De Conti MHS, Marta SN, Gatti MAN, Penteadó Sime SF de A, et al. Nutritional condition of children who benefit from the “Bolsa Família” programme in a city of northwestern São Paulo state, Brazil. *J Hum Growth Dev* [Internet]. 2015 out 25;25(3):313.
46. Vega JB, Taddei JA de AC, Poblacion AP. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 mar;19(3):931–42.
47. Silva DAS, Nunes HEG. Prevalence of underweight, overweight and obesity in poor children from Mato Grosso do Sul. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2015 jun;18(2):466–75.
48. Saldanha LF, Lagares ÉB, Fonseca PC, Anastácio LR. Nutritional status of children who are recipients of the Family Allowance Program followed up by the Food and Nutrition Surveillance System in the State of Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2014;24(4).
49. Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB da, Almeida CCB, Matuda N da S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014 maio;19(5):1347–58.
50. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estud av* [Internet]. 2013;27(78):71–87.
51. Lima FEL de, Fisberg RM, Uchimura KY, Picheth T. Programa Bolsa-Família: qualidade da dieta de população adulta do município de Curitiba, PR. *Rev bras epidemiol* [Internet]. 2013 mar;16(1):58–67.
52. Oliveira F de CC, Cotta RMM, Sant’Ana LF da R, Priore SE, Franceschini S do CC. Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011a jul;16(7):3307–16.

53. Oliveira F de CC, Cotta RMM, Ribeiro AQ, Sant'Ana LF da R, Priore SE, Franceschini S do CC. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2011b mar;20(1):7–18.
54. Silva DAS. Sobrepeso e obesidade em crianças de cinco a dez anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família no estado de Sergipe, Brasil. *Rev paul pediatr* [Internet]. 2011 dez;29(4):529–35.
55. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. *Rev Nutr* [Internet]. 2010 abr;23(2):221–9.
56. 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 Nutr* [Internet]. 2010 dez 6;14(5):785–92.
57. Trevisani J de JD, Burlandy L, Jaime PC. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. *Saude soc* [Internet]. 2012 jun;21(2):492–509.
58. Lima CRN de A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. *Rev Estud Fem* [Internet]. 2018 out 11;26(3).
59. Moraes VD de, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde debate* [Internet]. 2017 set;41(spe3):129–43.
60. Ribeiro KG, Andrade LOM de, Aguiar JB de, Moreira AEMM, Frota AC. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2018;22(suppl 1):1387–98.
61. Almeida AC de, Lima JE de, Costa LV. A Participação da Mãe no Mercado de Trabalho e o Diferencial de Anos de Estudo por Gênero entre Adolescentes. *Estud Econ* [Internet]. 2018 dez;48(4):597–622.
62. Souza NP de, Lira PIC de, Fontbonne A, Pinto FC de L, Cesse EÂP. A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 jul;22(7):2257–66.
63. Kopruszynski CP, Costa VMH de M. Programas de transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Segur Aliment Nutr* [Internet]. 2016 dez 21;23:996.

64. Bezerra TA, Olinda RA de, Pedraza DF. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017 fev;22(2):637–51.
65. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
66. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24(suppl 2):s332–40.
67. Carvalho TFB de, Sá T da S, Ruas JPP, Vieira MA, Sampaio CA. Nutritional status and food safety of families benefited by the bolsa familia program: integrative review. *R.pesq:cuid.fundamOnline* [Internet]. 2020 jun 1;593–602.
68. Claro RM, Maia EG, Costa BV de L, Diniz DP. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016;32(8).
69. Malta DC, Duncan BB, Barros MB de A, Katikireddi SV, Souza FM de, Silva AG da, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 out;23(10):3115–22.
70. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
71. Greca JP de A, Silva DAS, Loch MR. Atividade física e tempo de tela em jovens de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2016 set;34(3):316–22.
72. Schaan CW, Cureau FV, Sbaraini M, Sparrenberger K, Kohl III HW, Schaan BD. Prevalence of excessive screen time and TV viewing among Brazilian adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)* [Internet]. 2019 mar;95(2):155–65.

**5.2 Artigo 2 – Distribuição de indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família – Vigitel 2016-2019 (ANEXO D)**

Distribuição de indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família – Vigitel 2016-2019

*Indicators distribution of Chronic Non-Communicable Diseases in adult women beneficiaries and non-beneficiaries of the Bolsa Família Program - Vigitel 2016-2019*

Título curto: Indicadores de DCNT em beneficiárias e não beneficiárias do PBF  
*Short title: NCDs indicators in beneficiaries and non-beneficiaries of the PBF*

Manuscrito submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia em 22 de setembro de 2020 e aprovado em 17 de novembro de 2020

Quéren Hapuque de Carvalho<sup>I</sup> ([qhcarvalho@gmail.com](mailto:qhcarvalho@gmail.com); [orcid.org/0000-0003-3808-6041](https://orcid.org/0000-0003-3808-6041))

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá<sup>I</sup> ([carolmichelettigomide@gmail.com](mailto:carolmichelettigomide@gmail.com); [orcid.org/0000-0002-0122-2727](https://orcid.org/0000-0002-0122-2727))

Regina Tomie Ivata Bernal<sup>I</sup> ([reginabernal@terra.com.br](mailto:reginabernal@terra.com.br); [orcid.org/0000-0002-7917-3857](https://orcid.org/0000-0002-7917-3857))

Deborah Carvalho Malta<sup>II</sup> ([dcmalta@uol.com.br](mailto:dcmalta@uol.com.br); [orcid.org/0000-0002-8214-5734](https://orcid.org/0000-0002-8214-5734))

<sup>I</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>II</sup>Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

**Autor Correspondente:** Quéren Hapuque de Carvalho.

Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: [qhcarvalho@gmail.com](mailto:qhcarvalho@gmail.com)

Não existem conflitos a declarar. Financiamento: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. TED 66 – 2018 SVS.

O inquérito sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas não transmissíveis (Vigitel) foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, Pareceres 13081/2008 e 355.590/2013.

**RESUMO: Objetivo:** Comparar a prevalência e a tendência dos fatores de risco e proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Bolsa Família no período entre 2016 a 2019. **Método:** Estudo transversal e de série temporal. Foram estimadas as prevalências e as razões de prevalência brutas e ajustadas por idade e escolaridade dos indicadores para DCNTs com os respectivos intervalos de confiança pelo modelo de regressão de *Poisson*. Foi ainda realizada análise de tendência temporal na qual se empregou o modelo de regressão *linear simples*, sendo a variável desfecho os indicadores e a explicativa o ano do levantamento. **Resultados:** As mulheres beneficiárias estiveram mais expostas a fatores de risco para DCNTs em relação às não beneficiárias. As RPs ajustadas para fumantes foram 1,15 (1,07–1,24); 1,08 (1,03–1,14) para excesso de peso e 1,09 (1,04–1,14) para obesidade, enquanto o consumo recomendado de FLV foi de 0,93 (0,87–0,99); tiveram ainda menor prática de AF no lazer (0,88; 0,82–0,93); maior tempo assistindo à TV (1,08; 1,02–1,13); pior autoavaliação do estado de saúde (1,12; 1,04–1,21) e apresentaram menor cobertura de mamografia (0,80; 0,71–0,90) e Papanicolau (0,93; 0,88–0,98). Entre as beneficiárias, a análise de tendência evidenciou elevação das prevalências de excesso de peso de 55,9% para 62,6% e tempo de tela sem TV de 13,5% para 27,8%. **Conclusões:** Fatores de risco de DCNTs foram mais elevados entre mulheres com Bolsa Família, apontando a importância da permanência de políticas afirmativas para essa população vulnerável.

**Palavras-chaves:** Programas sociais. Inquérito sobre Saúde. Desigualdades. Mulheres. Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

**ABSTRACT: Objective:** Compare the prevalence and trend of risk and protection factors for Chronic Non-Communicable Diseases among women beneficiaries and non-beneficiaries of Bolsa Família in the period between 2016 and 2019. **Methods:** This is a cross-sectional and time series study. The gross and adjusted prevalence and prevalence ratios of the indicators for NCDs were estimated with the respective confidence intervals by the model of Poisson regression. A temporal trend analysis was also carried out in which the simple linear regression model was used, with the outcome variable being the indicators and the explanatory one being the year of the survey. **Results:** Beneficiary women were more exposed to risk factors for NCDs than non-beneficiaries. The adjusted PRs for smokers were 1.15 (1.07–1.24); 1.08 (1.03–1.14)

for overweight and 1.09 (1.04–1.14) for obesity, while the recommended consumption of FLV was 0.93 (0.87–0.99); had even less practice of PA at leisure (0.88; 0.82–0.93); more time watching TV (1.08; 1.02–1.13); worse self-assessment of health status (1.12; 1.04–1.21) and had less coverage of mammography (0.80; 0.71–0.90) and Pap smear (0.93; 0.88–0.98). Among the beneficiaries, the trend analysis showed an increase in the prevalence of overweight from 55.9% to 62.6% and screen time without TV from 13.5% to 27.8%. **Conclusion:** NCDs risk factors were higher among women with Bolsa Família, pointing out the importance of affirmative policies for this vulnerable population.

**Keywords:** Social Programs. Inequalities. Health Surveys. Women. Non-communicable Chronic Diseases.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) — das quais fazem parte as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas e neoplasias — possuem as maiores taxas de mortalidade no mundo, além de partilharem diversos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, consumo insuficiente de legumes, frutas e verduras, sedentarismo e excesso de peso<sup>1,2</sup>.

Sabe-se que essas doenças acometem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas; entretanto, de forma mais severa, atingem populações vulneráveis, como as de baixa escolaridade e renda<sup>2,3</sup>.

Diante desse contexto, com vistas a promover a justiça social e o enfrentamento à miséria, as políticas sociais direcionadas ao atendimento de famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza objetivam diminuir as desigualdades sociais e promover maior equidade e melhoria das condições gerais de vida<sup>4,5</sup>.

Nesse sentido, reconhecendo que as famílias têm um entendimento melhor no que diz respeito a como direcionar os recursos recebidos, os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) tornaram-se os instrumentos de proteção social mais eficazes para aumentar a renda das famílias em situação de vulnerabilidade, além de ampliar, em grande escala, o acesso e uso de serviços básicos em diversos países em desenvolvimento<sup>4,5,6,7</sup>.

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) ganhou destaque por ser o maior PTCR do mundo<sup>8,9</sup>, cujo objetivo é melhorar as condições de vida das famílias de baixa renda com dificuldade de acesso à saúde, alimentação e educação<sup>4,5,9,10</sup>.

O PBF, por exigir condicionalidades em saúde e educação, tem suas ações voltadas para o desenvolvimento do capital humano, intencionando promover a ascensão social e romper o ciclo intergeracional da pobreza nessas famílias<sup>10,11</sup>. Ressalta-se ainda que o Programa comumente prioriza a mulher como responsável legal pela família sob o pressuposto de que elas direcionariam uma parcela maior dos recursos para comportamentos que gerem o bem-estar da família<sup>5,11,12</sup>.

Pesquisas atuais sugerem que grupos desfavorecidos têm uma carga maior de doenças crônicas<sup>3,13</sup>. Em estudos recentes com dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), foi possível verificar que as mulheres beneficiárias do PBF agregavam maiores prevalências de fatores de risco para DCNTs<sup>15</sup>, indicando que os PTCRs cumprem o importante papel de priorizar populações de maior risco, objetivando a ações afirmativas e, conseqüentemente, buscando prevenir e minorar a ocorrência de DCNTs nessa população<sup>13,14,15</sup>.

Nesse sentido, visando ao monitoramento de fatores de risco e proteção para DCNTs, o Vigitel tem cumprido esse papel ao avaliar populações vulneráveis, como em 2016, com a inclusão de uma pergunta específica sobre o recebimento do benefício Bolsa Família<sup>14</sup>. Logo, pelo curto período de inclusão do indicador de recebimento do benefício do PBF nas bases de dados, ainda não existem estudos analisando as tendências dos indicadores de DCNTs, o que pode apoiar políticas de monitoramento dessa população e incentivar medidas de prevenção e promoção da saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é comparar as prevalências e as tendências dos fatores de risco e de proteção de DCNTs entre as mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, a partir da inserção da pergunta no Vigitel sobre o recebimento do Bolsa Família, em 2016.

## **MÉTODOS**

Estudo epidemiológico de base populacional, delineamentos transversal e de série temporal, com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (Vigitel), nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

O Vigitel é um sistema de monitoramento que visa a obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de

adultos ( $\geq 18$  anos de idade) que residem em domicílios servidos por, ao menos, uma linha telefônica fixa<sup>16</sup>. São realizadas aproximadamente duas mil entrevistas por capital do Brasil. Maiores detalhes metodológicos relacionados ao plano amostral constam em outras publicações<sup>17,18,19</sup>.

As análises, neste estudo, compreenderam o período entre 2016 a 2019, e foram compostas por um total de 133.927 mulheres adultas com idade igual ou superior a 18 anos, sendo 6.133 mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Os homens foram excluídos do estudo, pois — de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua 2019 — 90% dos beneficiários do PBF são do sexo feminino<sup>20</sup>.

Para análise das bases compostas apenas por mulheres, foi necessário calcular novos pesos de pós-estratificação para ajustar a distribuição da população feminina que recebe e não recebe BF, com a finalidade de reduzir o vício decorrente da baixa cobertura de telefone fixo, principalmente nas regiões Norte e Nordeste<sup>17,18,19</sup>. Para construção desses pesos, foi utilizada como população de referência a estimativa da população feminina com ou sem BF obtida pela PNAD contínua de 2019. As variáveis idade, escolaridade e região foram utilizadas na construção dos pesos<sup>19</sup>.

Quanto à variável desfecho, realizou-se a análise dicotômica de possuir BF (sim) ou não possuir BF (não). A questão utilizada para a construção desse indicador foi: *Você ou alguém da sua família que more em sua casa recebe bolsa família?* (sim ou não).

Para a análise de dados, tratou-se como variáveis explicativas, os indicadores:

Fatores de risco:

a) fumantes: pessoas que relataram fumar, independentemente da quantidade, em que se considerou as respostas positivas à questão: *Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?*

b) ex-fumante: pessoas com relato de fumar no passado, em que se consideraram as respostas positivas à questão: *No passado, o(a) Sr.(a) já fumou?*

c) estado nutricional: avaliado pelas questões: *O(a) Sr.(a) sabe seu peso* (mesmo que seja valor aproximado)?; *O(a) Sr.(a) sabe sua altura?* O estado nutricional foi classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde<sup>21</sup>, sendo excesso de peso o  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$  e obesidade considerada como  $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ . Os valores ausentes de excesso de peso e obesidade sofreram imputação, conforme metodologia disponível em outras publicações<sup>17,18,19</sup>.

d) consumo regular de refrigerantes ou suco artificial em cinco ou mais dias por semana com relação à pergunta: *Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?*

e) hábito de assistir à TV por 3 horas ou mais ao dia com relação à pergunta: *Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão?*

f) hábito de usar computador, *tablet* ou celular por 3 horas ou mais por dia, com relação à pergunta: *Em média, quantas horas do seu tempo livre (excluindo o trabalho), esse uso do computador, tablet ou celular ocupa por dia?*

g) consumo abusivo de bebidas alcoólicas (considerado quatro ou mais doses para mulher em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias) com relação à pergunta: *Nos últimos 30 dias, a Sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?*

h) autoavaliação do estado de saúde ruim, considerando as respostas ruim e muito ruim à pergunta: *O (a) Sr. (a) classificaria seu estado de saúde como: muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?*

i) morbidades referidas (relato de diagnóstico médico prévio de hipertensão arterial e diabetes) considerando as respostas positivas para as perguntas: *Algum médico já lhe disse que o (a) Sr. (a) tem pressão alta?; Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?*

j) fisicamente inativo: Construído com base nas questões sobre atividades físicas no tempo livre, no deslocamento, na atividade ocupacional e em questões sobre atividades físicas na limpeza da própria casa. Considerou-se quem respondeu negativamente as questões: *Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?; Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?; No seu trabalho, o(a) Sr.(a) anda bastante a pé?; Quanto tempo o(a) Sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?; Quem costuma fazer a faxina da sua casa?; A parte mais pesada da faxina fica com o(a) Sr.(a)?*

Fatores de proteção:

k) consumo recomendado de frutas e hortaliças, relato de consumo de cinco ou mais porções diárias, em cinco ou mais dias da semana.

l) consumo regular de feijão em cinco ou mais dias da semana; considerou-se a resposta positiva à pergunta: *Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer feijão?*

m) AF no tempo livre ( $AF \geq 150$  minutos de atividade de intensidade moderada por semana), estimado a partir das questões: *Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?; Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?; O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?; Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?; e No dia em que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?*

n) atividade física no domicílio: que foi avaliada segundo o domínio ativo em casa, em que foi considerado relato positivo de realização da limpeza pesada do domicílio: *Quem costuma fazer a faxina da sua casa?; A parte mais pesada da faxina fica com o(a) Sr.(a)?*

o) realização de exames de detecção precoce de câncer em mulheres segundo recomendações do Ministério da Saúde<sup>22</sup>. Considerou-se o relato positivo de realização dos exames de mamografia para mulheres de 50 a 69 anos, nos últimos dois anos com a pergunta: *Quanto tempo faz que a Sra. fez mamografia?;* e Papanicolau para mulheres de 25 a 64 anos, nos últimos três anos, com a pergunta: *Quanto tempo faz que a Sra. fez exame de Papanicolau?*

As análises descritivas apresentam o cálculo da distribuição das proporções das mulheres que recebem e não recebem o benefício Bolsa Família, de acordo com características sociodemográficas (idade, escolaridade e região de moradia).

Com relação aos comportamentos em saúde e DCNTs entre as mulheres beneficiárias e não beneficiárias, foram analisadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) dos indicadores com os respectivos intervalos de confiança de 95%. As RPs foram calculadas pelo modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta. Foram feitas as análises bivariadas entre a variável desfecho e cada variável explicativa e estimadas as RPs brutas (RP bruta A/B) e também ajustadas por idade e escolaridade (RP<sub>aj</sub> A/B), conforme análise similar ao estudo de Malta et al.<sup>14</sup>.

Para a análise de tendências temporais para a população com e sem BF, empregaram-se modelos de regressão *linear simples*<sup>23</sup>. Nessa análise, teve-se como variável desfecho (Y) os indicadores e como variável explicativa (X) o ano do levantamento. O coeficiente angular ( $\beta$ ) do modelo expressa a redução ou aumento médio anual do indicador. Considerou-se a existência de tendência linear significativa quando o coeficiente angular do modelo se mostrou diferente de zero, valor p inferior ou igual a 0,05. A acuracidade do modelo foi expressa pelo coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>).

As análises foram realizadas no programa estatístico *Statistical Software for professional* (Stata), versão 14, utilizando os comandos do módulo *survey*, levando em consideração os pesos de pós-estratificação.

O inquérito Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi substituída pelo consentimento verbal do entrevistado no momento da ligação telefônica.

## RESULTADOS

Entre os anos de 2016 a 2019, 6.133 mulheres residiam em moradias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), em sua maioria nas regiões Nordeste (3.001 ou 48,93%) e Norte (1.760 ou 28,70%). Com relação à escolarização, 52,49% tinham ensino médio completo, superior incompleto ou completo. Observou-se também maior proporção de mulheres com 55 anos ou mais receptoras do benefício, com 27,82%, seguidas de 35 a 44 anos com 23,12% (Tabela 1).

Entre as mulheres que não receberam Bolsa Família, há uma maior proporção de entrevistadas com alta escolarização, correspondendo a 67,23%, mais da metade delas têm 55 anos ou mais, com 53,94%, e, embora haja mais respondentes nas regiões Nordeste e Norte, com 34% e 23,81%, respectivamente, são em menor proporção quando comparadas às mulheres do PBF (Tabela 1).

Os indicadores de DCNTs apresentados na Tabela 2 mostram que as mulheres beneficiadas pelo PBF apresentam maiores prevalências e razões de prevalência relacionadas aos fatores de risco, e menores com relação aos fatores de proteção.

A razão de prevalência ajustada ( $RP_{aj}$ ) por idade e escolaridade para as mulheres fumantes foi de 1,15 (IC95% 1,07 – 1,24). O excesso de peso e a obesidade foram mais elevados entre mulheres com BF, 1,08 (IC95% 1,03 – 1,14) e 1,09 (IC95% 1,04 – 1,14), respectivamente. Quanto aos hábitos alimentares, o consumo recomendado de frutas, verduras e legumes foi menor entre mulheres com BF ( $RP_{aj} = 0,93$ ; IC95% 0,87 - 0,99), o consumo de feijão foi maior ( $RP_{aj} = 1,10$ ; IC95% 1,03 - 1,18) e de refrigerantes ( $RP_{aj} = 1,10$ ; IC95% 1,04 - 1,17). Mulheres beneficiadas pelo PBF tiveram menor prática de AF no lazer ( $RP_{aj} = 0,88$ ; IC95% 0,82 - 0,93); maior AF no domicílio ( $RP_{aj} = 1,30$ ; IC95% 1,21 - 1,39); maior tempo assistindo à TV ( $RP_{aj} = 1,08$ ; IC95% 1,02 - 1,13); no entanto, consideraram-se menos inativas fisicamente, com  $RP_{aj} = 0,86$  (IC95% 0,78 – 0,94). Apresentaram pior autoavaliação do estado de saúde ( $RP_{aj} = 1,12$ ; IC95% 1,04 – 1,21); menor cobertura de mamografia ( $RP_{aj} = 0,80$ ; IC95% 0,71 - 0,90) e Papanicolau ( $RP_{aj} = 0,93$ ; IC95% 0,88 - 0,98). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências das beneficiárias e não beneficiárias para os demais indicadores.

Dos indicadores avaliados como estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ) na análise de tendências entre os anos de 2016 a 2019 das mulheres beneficiárias do PBF (Tabela 3), ser ex-fumante apresentou queda de 21,8% para 17,8% ( $p < 0,0223$ ); o consumo de frutas, legumes e verduras apresentou aumento de 18,1% para 25,2% ( $p < 0,0405$ ); o excesso de peso apresentou

aumento de 55,9% para 62,6% ( $p < 0,0051$ ); e o tempo de tela sem TV – acima de 3h/dia, que se refere ao uso de computador, *tablet* ou celular, apresentou aumento de 13,5% para 27,8% ( $p < 0,0152$ ). Os demais não foram estatisticamente significantes.

Entre as mulheres não beneficiárias, dos indicadores avaliados com significância estatística (Tabela 4), ser ex-fumante apresentou queda de 18,1% para 16,4% ( $p < 0,023$ ); ser fisicamente inativo apresentou aumento de 14,7% para 15,5% ( $p < 0,049$ ); e os indicadores de saúde da mulher (mamografia e Papanicolau) apresentaram queda de 80,8% para 77,8% ( $p < 0,018$ ) e 85,5% para 82,1% ( $p < 0,014$ ), respectivamente.

## DISCUSSÃO

As mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF), quando comparadas com aquelas que não receberam o benefício, concentram-se nas regiões Nordeste e Norte, têm menor escolaridade e são mais jovens. Acerca dos FRs de DCNTs, as mulheres beneficiárias do PBF apresentaram maior prevalência de tabagismo, de excesso de peso e obesidade e consumo de refrigerantes, maior tempo assistindo à TV, menor consumo de frutas, verduras e legumes, menor prática de AF no lazer, menor cobertura em exames preventivos de câncer (mamografia e Papanicolau) e pior autoavaliação do estado de saúde. Por outro lado, apresentaram maior consumo de feijão e maior AF no domicílio. As análises de tendências, entre 2016 a 2019, apontam um aumento de excesso de peso e tempo de tela, aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, queda em ex-fumante. Entre as não beneficiárias, ocorreu redução na prevalência de mamografia e Papanicolau, bem como de ex-fumantes e aumento do tempo de inatividade física.

Os resultados do estudo são semelhantes à PNAD 2019, e aos estudos de Malta et al. e Bernal et al., os quais apontam que a maioria das beneficiárias do PBF residiam nas regiões Nordeste e Norte, refletindo maior concentração da população vulnerável nessas regiões<sup>14,15</sup>. O PBF, desde a sua implementação, apresentou impactos positivos nas famílias residentes na região Nordeste, o que representa um aumento da renda, com melhoria da qualidade de vida<sup>24</sup>.

Prevalência de fumantes mais elevada foi encontrada entre aquelas mulheres que recebem o benefício, o que também tem sido descrito na literatura<sup>14,15</sup>, bem como entre populações com menor escolaridade<sup>25,26</sup>, o que reflete uma baixa percepção sobre os riscos do cigarro. O uso dessa substância está associado a altos índices de comorbidades, como cânceres, diabetes, doenças cardiovasculares e pulmonares, incapacidade e morte<sup>26</sup>.

O estudo identificou prevalências mais elevadas de excesso de peso e obesidade entre mulheres usuárias do BF, o que também foi verificado nos estudos de Malta et al. e Bernal et al.<sup>14,15</sup>. Esses são problemas de saúde mundial, com um expressivo aumento nas áreas urbanas de países em desenvolvimento, elevando o risco das DCNTs.

O advento da transição nutricional, marcada por consumos alimentares com alta densidade calórica, como é o caso dos refrigerantes, e a diminuição de alimentos ricos em fibras, como frutas, legumes e verduras<sup>27,28</sup>, são os grandes responsáveis pela epidemia de excesso de peso e obesidade<sup>28</sup>. Além disso, sabe-se que o consumo insuficiente de alimentos provenientes de vegetais é responsável, anualmente, por um terço das doenças isquêmicas do coração e cerca de 20% dos cânceres gastrointestinais no mundo<sup>3</sup>. Na presente pesquisa, houve maior prevalência de consumo de refrigerantes, o que pode resultar na elevada prevalência de excesso de peso e obesidade, pelo alto teor de açúcar<sup>29</sup>.

Por outro lado, estudos têm apontado que o aumento da renda familiar tem resultado em melhora da qualidade dos alimentos da cesta básica brasileira<sup>27,30</sup> consumidos por essas mulheres e suas famílias, uma vez que se verificou um maior consumo de feijão entre as beneficiárias em comparação às não beneficiárias. Mesmo sendo o valor monetário fornecido pelo PBF incapaz de mudar o padrão de vida das famílias, ele alcança as necessidades imediatas com a aquisição de gêneros alimentícios em cerca de 90%, o que reforça a intenção do programa para aliviar a pobreza e interromper a fome nas gerações futuras<sup>31</sup>.

Apesar de haver um aumento no nível de atividade física no lazer nas capitais<sup>32</sup>, esse indicador associa-se a populações com elevada escolaridade e renda<sup>33</sup>, o que explica as prevalências menores entre mulheres com BF. Entretanto, essa população apresenta maior prática de atividade física no domicílio, o que revela a desigualdade social e de gênero, decorrente de longas jornadas nas atividades domésticas entre mulheres de baixa escolaridade e renda<sup>33,34</sup>. O estudo confirma as enormes desigualdades nos indicadores de AF<sup>35,36</sup>, pois mulheres com BF são mais ativas nas tarefas domésticas do domicílio e simultaneamente mais sedentárias, enquanto as demais são mais ativas no lazer.

O comportamento sedentário é caracterizado por níveis baixos de gasto calórico em uma posição sentada ou reclinada, sendo consenso que o sedentarismo não é apenas a falta de atividade física, incluindo o entretenimento sentado, deitado e baseado em tela<sup>37,38,39</sup>. Esse comportamento é considerado a forma mais prevalente de comportamento sedentário, sendo prejudicial para a saúde geral<sup>37</sup>, e está em ascendência entre as beneficiárias do BF.

As mulheres do PBF mantêm ainda uma pior autoavaliação do estado de saúde, evidenciado também no estudo Bernal et al.<sup>15</sup>. Destaca-se que o PBF atua reduzindo as desigualdades sociais e de saúde, podendo romper o ciclo intergeracional da pobreza<sup>40,41</sup>.

Dados da PNS mostraram menor cobertura de mamografia e Papanicolau nas regiões Norte e Nordeste, essas diferenças podem explicar menor prevalência entre mulheres do PBF<sup>42</sup>.

Em pesquisa utilizando dados do Vigitel, o excesso de peso foi crescente no período de 2006 a 2013 em ambos os sexos, e mais acelerada entre mulheres de baixa escolaridade<sup>43</sup>, o que também foi achado neste estudo.

Quanto ao indicador ex-fumante, foi observada uma tendência de queda tanto nas beneficiárias do PBF quanto nas mulheres que não recebem o benefício. Estudos mostram que há uma tendência global de queda nas prevalências do tabagismo<sup>25,44</sup>. Essa redução também tem sido identificada na população brasileira como um todo<sup>25</sup>, o que reflete políticas públicas de oferta aos serviços de cessação do fumo no Sistema Único de Saúde, políticas regulatórias de controle da propaganda, ambientes livres e outras<sup>45</sup>.

Em síntese, esses resultados atuam monitorando indicadores para DCNTs e indicam que a transferência direta de renda para essas mulheres configura uma política governamental necessária e contínua, pois age beneficiando populações mais vulneráveis com piores indicadores de saúde<sup>46,47,48</sup>, conformando o conceito de discriminação positiva<sup>49</sup>.

Ademais, por tratar-se de um estudo transversal, não foi possível estabelecer relação de causalidade entre as variáveis examinadas e ser beneficiado pelo BF. A utilização de entrevistas telefônicas pode incorrer em possível viés de seleção, lançando-se mão de pesos de pós-estratificação para equiparar a amostra, e viés de informação, embora a experiência nacional e internacional aponte que algumas variáveis conseguem obter boas estimativas usando essa metodologia, com as vantagens de rapidez na informação, sensibilidade e baixo custo<sup>50</sup>. Por fim, a série de quatro pontos na análise de tendências, deve-se ao fato de a pergunta sobre o recebimento do Bolsa Família ter sido iniciada em 2016, de forma que os resultados devem ser interpretados com prudência e acompanhados ao longo dos anos, para que mais observações possibilitem identificar a mudança de comportamento dos indicadores.

**REFERÊNCIAS**

1. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM de, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24 (3): 387–373. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300004>
2. Melo SP da S de C, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz R de SBLC, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva* 2019; 24 (8): 3159–68. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>
3. Malta DC, Gosch CS, Buss P, Rocha DG, Rezende R, Freitas PC, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19 (11): 4341–50. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.07712014>
4. Roque DM, Ferreira MAM. O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países. *Saúde soc* 2015 dez; 24 (4): 1193–207. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015138971>
5. Paes – Sousa, R (2013). Plano Brasil sem Miséria: incremento e mudança na política de proteção e promoção social no Brasil. Brasília, DF: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo / PNUD. (Documento de Trabalho, nº 113). Disponível em: <http://www.org.br/wp-content/uploads/2016/12/IPCWorkingPaper113.pdf>
6. PROGRAMA TERRITÓRIOS SUSTENTÁVEIS. Programas de transferência de renda do desenho à implementação. 2019. Disponível em: <http://ecam.org.br/categoria/publicacoes/>
7. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Hellmann, Aline Gazola. Como funciona o Bolsa Família? Melhores práticas na implementação de programas de transferência de renda condicionadas na América Latina e Caribe / Aline Gazola Hellmann. p. cm. — (Nota técnica do BID ; 856), setembro, 2015.
8. BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Brasil sem miséria / Organizadores: Tereza Campello, Tiago Falcão, Patricia Vieira da Costa. – Brasília: MDS, 2014.

9. Sperandio N, Rodrigues CT, Franceschini S do CC, Priore SE. Impacto do Programa Bolsa Família no consumo de alimentos: estudo comparativo das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Ciênc saúde coletiva* 2017; 22 (6): 1771–80. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.25852016>
10. Moraes VD de, Pitthan RGV, Machado CV. Programas de Transferência de Renda com Condiionalidades: Brasil e México em perspectiva comparada. *Saúde debate* 2018; 42 (117): 364–81. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811702>
11. Souza XR de, Marin AH. Intervenção com famílias em descumprimentos das condicionalidades do Programa Bolsa Família. *Saúde soc* 2017; 26 (2): 596–605. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902017160112>
12. Moreira NC, Ferreira MAM, Lima AAT de FC, Ckagnazaroff IB. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Rev Adm Pública* 2012; 46 (2): 403–23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000200004>
13. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. Uma revisão sistemática das associações entre doenças não transmissíveis e status socioeconômico em países de baixa e média-baixa renda. *Journal of Global Health* 2018; 8 (2). <http://dx.doi.org/10.7189/jogh.08.020409>
14. Malta DC, Bernal RTI, Carvalho QH de, Pell JP, Dundas R, Leyland A, et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. *Rev bras epidemiol* 2020; 23. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200058>
15. Bernal RTI, Felisbino-Mendes MS, Carvalho QH de, Pell J, Dundas R, Leyland A, et al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Rev bras epidemiol* 2019; 22 (supl 2). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190012.supl.2>
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.
19. Bernal RTI, Iser BPM, Malta DC, Claro RM, Bernal RTI, Iser BPM, et al. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2017; 26 (4): 701–12. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000400003>
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua 2018*. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
21. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health Organization; 2000.
22. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero*. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
23. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24 (3): 565–76. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000300024>
24. Cavalcanti DM, Costa EM, Silva JLM da. Programa Bolsa Família e o Nordeste: impactos na renda e na educação, nos anos de 2004 e 2006. *Rev econ contemp* 2013; 17 (1): 99–128. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-98482013000100004>
25. Malta DC, Silva AG da, Machado ÍE, Sá ACMGND, Santos FM dos, Prates EJS, et al. Tendências da prevalência do tabagismo em todas as capitais brasileiras entre 2006 e 2017. *J bras pneumol* 2019; 45 (5). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20180384>
26. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSC de A, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. *Cad Saúde Pública* 2017 set 21; 33 (supl 3). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00134915>

27. Velásquez-Meléndez G, Mendes LL, Pessoa MC, Sardinha LMV, Yokota RT de C, Bernal RTI, et al. Tendências da frequência do consumo de feijão por meio de pesquisa telefônico nas capitais brasileiras, 2006 a 2009. *Ciênc saúde coletiva* 2012 dez; 17 (12): 3363–70. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012001200021>
28. Azevedo EC de C, Diniz A da S, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal – uma revisão sistemática. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19 (5): 1447–58. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.14572013>
29. Monteiro, C.A., Cannon, G., Lawrence, M., Costa Louzada, M.L. and Pereira Machado, P. 2019. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome, FAO.
30. Passos KE dos, Bernardi JR, Mendes KG. Análise da composição nutricional da Cesta Básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19 (5): 1623–30. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.11862013>
31. Zimmermann CR, Espínola GM. Programas sociais no Brasil: um estudo sobre o Programa Bolsa Família no interior do Nordeste brasileiro. *Cad CRH* 2015 abr; 28 (73): 147–64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792015000100010>
32. Casas RCRL, Bernal RTI, Jorge A de O, Melo EM de, Malta DC. Fatores associados à prática de atividade Física na população brasileira – Vigitel 2013. *Saúde debate* 2018; 42 (spe4): 134–44. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s410>
33. Barbosa ALN de H. Tendências na alocação do tempo no Brasil: trabalho e lazer. *Rev bras estud popul* 2018; 11;35(1):1–28. <http://dx.doi.org/10.20947/s102-3098a0063>
34. Sato T, Fermiano N, Batistão M, Moccellini AS, Driusso P, & Mascarenhas S. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de unidades de saúde da família – prevalência, perfil demográfico, utilização de serviços de saúde e necessidades clínicas. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde* 2017; 21 (1), 35–42. <https://doi.org/10.4034/rbcs.2017.21.01.05>
35. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC de, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (supl 2): 65–73. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102009000900009>

36. Malta D, Andrade S, Santos M, Rodrigues G, Mielke G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2015 conjunto 4; 20 (2): 141. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n2p141>
37. Schaan CW, Cureau FV, Sbaraini M, Sparrenberger K, Kohl III HW, Schaan BD. Prevalência de tempo excessivo de tela e tempo de TV entre adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática e metanálise. *Jornal de Pediatria* 2019; 95 (2): 155–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.04.011>
38. Meneguci J, Santos DAT, Silva RB, Santos RG, Sasaki JE, Tribess S, et al. Comportamento sedentário: conceito, conceito fisiológicas e procedimentos de avaliação. *Motricidade* 2015; Vol 11 N 1 (2015). <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/3178>
39. Greca JP de A, Silva DAS, Loch MR. Atividade física e tempo de tela em crianças e adolescentes em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil. *Revista Paulista de Pediatria (Edição em Inglês)* 2016; 34 (3): 316–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.01.001>
40. Moraes VD de, Machado CV. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde debate* 2017; 41 (spe3): 129–43. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017S310>
41. Pase HL, Melo CC. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. *Rev Adm Pública* 2017; 51 (2): 312–29. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612150770>
42. Oliveira MM de, Andrade SSC de A, Oliveira PPV de, Silva GA e, Silva MMA da, Malta DC. Cobertura de exame Papanicolaou em mulheres de 25 a 64 anos, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2013. *Rev bras epidemiol* 2018; 27; 21 (0). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180014>
43. 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. *Ciênc saúde coletiva* 2016; 21 (4): 1061–9. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015>
44. World Health Organization [Internet]. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. WHO:

- Schitzerland; 2017. Available from: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2017/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2017/en/)
45. Malta DC, Bernal RTI, Vieira Neto E, Curci KA, Pasinato MT de M, Lisboa RM, et al. Tendências de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. *Rev bras epidemiol* 2018; 21 (supl. 1). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.1>
  46. Dantas C, Neri E. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. *G&D [Internet]*. 26º de setembro de 2013 [citado 3º de setembro de 2020];2(1). <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/16954>
  47. De Souza LP, Waltenberg FD. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? *Rev bras estud popul* 2016; 33 (3): 517–39. <http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0004>
  48. Campara JP, Vieira KM, Potrich ACG. Satisfação Global de Vida e Bem-estar Financeiro: desvendando a recebimento de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Rev Adm Pública* 2017; 51 (2): 182–200. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612156168>
  49. Souza, Luana P. Bolsa Família: socializando cuidados e mudando as relações de gênero? [dissertação de mestrado]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
  50. Moreira JP de L, Almeida RMVR de, Rocha NC dos S, Luiz RR. Correção da prevalência autorreferida em estudos epidemiológicos com grandes líderes. *Cad Saúde Pública* 2016; 32 (12). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00050816>

Tabela 1. Frequência da amostra de mulheres ( $\geq 18$  anos) por idade, nível de instrução e região de moradia, segundo relato de possuir ou não o benefício do Programa Bolsa Família. Conjunto das capitais e Distrito Federal. Vigitel, Brasil. 2016 a 2019

Variáveis	Possui BF		Não possui BF		Total		
	(N = 6.133)		(N = 127.794)		(N =133.927)		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Idade</b>	18 a 24	761	12,41	8.502	6,65	9.263	6,91
	25 a 34	1.139	18,57	12.366	9,68	13.505	10,10
	35 a 44	1.418	23,12	16.906	13,23	18.324	13,68
	45 a 54	1.109	18,08	21.090	16,50	22.199	16,57
	55 +	1.706	27,82	68.930	53,94	70.636	52,74
<b>Nível de Instrução</b>	SI/Fund.Inc	1.759	28,68	28.428	22,24	30.187	22,54
	Fund. Comp/Médio Inc.	1.155	18,83	13.454	10,53	14.609	10,91
	Médio Comp/Superior	3.219	52,49	85.912	67,23	89.131	66,55
	Inc/Comp						
<b>Região de Moradia</b>	Centro-Oeste	400	6,52	17.532	13,72	17.932	13,39
	Nordeste	3.001	48,93	43.445	34,00	46.446	34,68
	Norte	1.760	28,70	30.433	23,81	32.193	24,04
	Sudeste	700	11,41	19.855	15,54	20.555	15,35
	Sul	272	4,44	16.529	12,93	16.801	12,54

Tabela 2. Prevalência e Razão de Prevalência de indicadores de DCNTs em mulheres que recebem ou não o Programa Bolsa Família. Vigitel. Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019

Indicadores	Possui BF (A)			Não possui BF (B)			RP bruta A/B	IC 95%		RP <sub>aj</sub> (A/B)**	IC 95%	
	%	IC 95%		%	IC 95%							
Fumantes*	14,22	10,62	18,77	6,16	5,88	6,46	1,46	1,31	1,63	1,15	1,07	1,24
Ex-fumante	18,33	14,45	22,97	16,83	16,28	17,41	1,05	0,92	1,20	1,04	0,97	1,11
Excesso de Peso*	60,38	56,05	64,55	50,22	49,66	50,78	1,23	1,12	1,35	1,08	1,03	1,14
Obesidade*	27,32	23,70	31,27	18,53	18,12	18,96	1,26	1,16	1,38	1,09	1,04	1,14
FVL recomendado*	20,74	17,67	24,18	29,14	28,63	29,65	0,79	0,70	0,88	0,93	0,87	0,99
Consumo de refrigerantes*	20,07	16,12	24,71	9,83	9,46	10,21	1,43	1,30	1,57	1,10	1,04	1,17
Consumo de feijão*	58,46	51,68	64,94	48,42	47,63	49,21	1,23	1,06	1,43	1,10	1,03	1,18
Fisicamente inativo*	7,12	5,66	8,92	14,21	13,87	14,55	0,64	0,55	0,75	0,86	0,78	0,94
AF no lazer (≥ 150 min) *	23,70	20,48	27,26	35,60	35,06	36,14	0,74	0,66	0,82	0,88	0,82	0,93
AF no domicílio*	77,77	74,77	80,51	51,76	51,20	52,31	1,90	1,73	2,10	1,30	1,21	1,39
Hábito de assistir à TV (3h/dia)	26,20	22,68	30,05	23,16	22,72	23,62	1,08	0,99	1,19	1,08	1,02	1,13

\*p <0,05; \*\*ajuste por idade e escolaridade; IC95%: intervalo de confiança de 95%; FLV: frutas, legumes e verduras; AF: atividade física.

Tabela 2. Continuação

Indicadores	Possui BF (A)		Não possui BF (B)		RP bruta		IC 95%		RP <sub>aj</sub>		IC 95%	
	%	IC 95%	%	IC 95%	A/B				(A/B)**			
Tempo de tela sem TV (3h/dia)	22,11	18,27 26,50	18,57	18,09 19,06	1,11	0,99 1,24	1,00	0,95 1,07				
Álcool abusivo	12,50	10,10 15,37	11,21	10,82 11,61	1,06	0,95 1,19	1,08	0,99 1,17				
Autoavaliação de saúde ruim	6,64	5,32 8,26	5,34	5,10 5,59	1,12	1,00 1,24	1,12	1,04 1,21				
Mamografia (50 a 69 anos) *	63,80	57,10 70,01	78,51	77,82 79,19	0,65	0,56 0,76	0,80	0,71 0,90				
Papanicolau (25 a 64 anos) *	76,42	72,01 80,34	83,99	83,47 84,50	0,82	0,75 0,90	0,93	0,88 0,98				
Hipertensão*	23,29	19,88 27,08	27,65	27,21 28,10	0,89	0,80 0,99	1,05	1,00 1,11				
Diabetes*	5,49	4,36 6,90	8,09	7,85 8,33	0,80	0,69 0,92	1,06	0,97 1,16				

\*p <0,05; \*\*ajuste por idade e escolaridade; IC95%: intervalo de confiança de 95%; FLV: frutas, legumes e verduras; AF: atividade física.

Tabela 3. Tendência dos Indicadores de DCNTs em mulheres que recebem o benefício do Programa Bolsa Família. Vigitel. Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019

Indicadores	Ano				$(\beta)^*$	R2**	Valor-p
	2016	2017	2018	2019			
Fumantes	13,0	14,5	14,5	11,7	-0,39	-0,2914	0,6270
Ex-fumante	21,8	19,7	18,9	17,8	-1,28	0,9338	0,0223
Excesso de Peso	55,9	57,5	60,1	62,6	2,27	0,9848	0,0051
Obesidade	27,6	27,8	26,6	30,9	0,87	0,0476	0,3958
FVL recomendado	18,1	21,2	21,5	25,2	2,16	0,8809	0,0405
Consumo de refrigerantes	20,4	16,5	20,9	17,1	-0,55	-0,3500	0,6838
Consumo de feijão	65,7	53,0	-	61,1	-6,68	-0,3795	0,7165
Fisicamente inativo	7,6	9,8	10,3	9,6	0,65	0,2496	0,2931
AF no lazer ( $\geq 150$ min)	23,8	23,5	24,1	25,0	0,42	0,5500	0,1633
AF no domicílio	76,6	76,8	69,3	67,4	-3,51	0,7915	0,0721
Hábito de assistir à TV (3h/dia)	27,6	32,7	28,0	24,1	-1,52	-0,0369	0,4444
Tempo de tela sem TV (3h/dia)	13,5	19,1	21,3	27,8	4,51	0,9547	0,0152
Álcool abusivo	9,2	19,9	12,4	13,4	0,51	-0,4677	0,8533
Autoavaliação de saúde ruim	9,2	5,8	6,8	8,9	-0,01	-0,4999	0,9921
Mamografia (50 a 69 anos)	67,7	70,3	66,6	59,5	-2,83	0,4387	0,2089
Papanicolau (25 a 64 anos)	76,5	78,8	76,4	70,8	-1,95	0,3212	0,2601
Hipertensão	26,3	18,1	22,2	24,2	-0,22	-0,4901	0,9187
Diabetes	8,1	7,2	6,0	6,2	-0,69	0,7629	0,0824

\* coeficiente angular; \*\* coeficiente de determinação

Tabela 4. Tendência dos Indicadores de DCNTs em mulheres que não recebem o benefício do Programa Bolsa Família. Vigitel. Brasil, 2016, 2017, 2018 e 2019

Indicadores	Ano				$(\beta)^*$	R2**	Valor-p
	2016	2017	2018	2019			
Fumantes	6,6	6,0	5,7	6,3	-0,12	-0,2829	0,62
Ex-fumante	18,1	17,3	16,6	16,4	-0,59	0,9303	0,023
Excesso de Peso	48,2	48,0	51,4	51,5	1,34	0,6902	0,109
Obesidade	17,3	17,1	19,1	19,7	0,92	0,7339	0,093
FVL recomendado	30,8	30,6	28,5	28,2	2,81	0,1312	0,351
Consumo de refrigerantes	11,8	10,6	9,8	10,5	-0,48	0,302	0,269
Consumo de feijão	51,1	49,3	-	50,9	-4,99	-0,4021	0,744
Fisicamente inativo	14,7	15,2	15,3	15,5	0,26	0,8569	0,049
AF no lazer ( $\geq 150$ min)	33,6	35,1	35,2	34,4	0,27	-0,185	0,73
AF no domicílio	51,4	51,1	47,5	47,5	-1,53	0,7477	0,088
Hábito de assistir à TV (3h/dia)	25,5	23,4	21,8	22,4	-1,09	0,6391	0,129
Tempo de tela sem TV (3h/dia)	17,4	17,0	19,0	19,5	0,82	0,6504	0,124
Álcool abusivo	11,6	10,7	10,6	11,6	-0,01	-0,4984	0,967
Autoavaliação de saúde ruim	4,9	4,7	5,3	5,3	0,17	0,5105	0,179
Mamografia (50 a 69 anos)	80,8	79,5	78,3	77,8	-1,01	0,9472	0,018
Papanicolau (25 a 64 anos)	85,5	84,7	82,9	82,1	-1,20	0,9576	0,014
Hipertensão	27,6	26,9	27,5	27,9	0,15	-0,1938	0,548
Diabetes	9,6	7,9	8,2	8,1	-0,43	0,2537	0,291

\* coeficiente angular; \*\* coeficiente de determinação

### 5.3 Artigo 3 – Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família (ANEXO E)

Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva,  
beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família  
*Indicators of chronic noncommunicable diseases in women of reproductive age that are  
beneficiaries and non-beneficiaries of Bolsa Família*

Artigo publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia em outubro de 2019.

Regina Tomie Ivata Bernal<sup>I</sup>, Mariana Santos Felisbino-Mendes<sup>I</sup>, Quéren Hapuque de Carvalho<sup>I</sup>,  
Jill Pell<sup>II</sup>, Ruth Dundas<sup>III</sup>, Alastair Leyland<sup>III</sup>, Mauricio Lima Barreto<sup>IV</sup>, Deborah Carvalho  
Malta<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais  
– Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>II</sup> Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow – Glasgow, Escócia.

<sup>III</sup> Medical Research Council/ Chief Scientific Office (MRC/CSO), Social and Public Health  
Sciences Unit, University of Glasgow – Glasgow, Escócia.

<sup>IV</sup> Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Instituto Gonçalo Moniz,  
Fundação Oswaldo Cruz – Salvador (BA), Brasil.

Autor correspondente: Deborah Carvalho Malta. Departamento de Enfermagem Materno  
Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.  
Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil.  
E-mail: dcmalta@uol.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – Fonte de financiamento: Esta pesquisa foi financiada  
pelo National Institute for Health Research (NIHR) (GHRG / 16/137/99), usando a ajuda do  
governo do Reino Unido para apoiar a pesquisa em saúde global. As opiniões expressas nesta  
publicação são de responsabilidade do (s) autor (es) e não necessariamente do NIHR ou do  
Departamento de Saúde e Assistência Social do Reino Unido. A Unidade de Ciências Sociais e

de Saúde Pública é financiada pelo Medical Research Council (MC\_UU\_12017 / 13) e pelo Scottish Government Chief Scientist Office (SPHSU13). O CIDACS é apoiado por doações da CNPq / MS / Gates Foundation (401739 / 2015-5) e do Wellcome Trust, Reino Unido (202912/Z/16/Z). A EE UFMG é apoiada por financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. TED 66-2018.

**RESUMO: Objetivo:** Avaliar a prevalência dos indicadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), incluindo exames laboratoriais, na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva segundo o recebimento do benefício Bolsa Família (BF). **Métodos:** Consideraram-se as 3.131 mulheres de 18 a 49 anos que participaram da subamostra de exames laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram comparados indicadores entre as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) que disseram ter ou não Bolsa Família e calculados a prevalência e intervalo de confiança (IC) usando  $\chi^2$  de Pearson. **Resultados:** Observou-se que as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF quando comparadas às não beneficiárias têm piores desfechos em saúde, como maior ocorrência de sobrepeso (33,5%) e obesidade (26,9%) ( $p < 0,001$ ), hipertensão 13,4% versus 4,4% ( $p < 0,001$ ), uso de tabaco (11,2%) versus 8,2% ( $p = 0,029$ ), além de 6,2% perceberem sua saúde pior, em comparação a 2,4% das mulheres não beneficiárias ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Diversos indicadores de DCNTs tiveram pior desempenho entre as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF. Destacou-se que essa não é uma relação causal, sendo o BF um marcador de desigualdade entre mulheres. O benefício tem sido direcionado à população com maior necessidade em saúde, buscando assim reduzir iniquidades.

**Palavras-chave:** Fatores socioeconômicos. Doenças não transmissíveis. Saúde da mulher. Inquéritos epidemiológicos. Testes hematológicos.

**ABSTRACT: Objective:** To evaluate the prevalence of noncommunicable disease (NCD) indicators, including laboratory tests, in the population of Brazilian women of reproductive age, according to whether or not they receive the Bolsa Família (BF) benefit. **Methods:** A total of 3,131 women aged 18 to 49 years old who participated in the National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde) laboratory examination sub-sample were considered. We compared indicators among women of reproductive age (18 to 49 years old) who reported receiving BF or not, and calculated prevalence and confidence intervals, using Pearson's  $\chi^2$ . **Results:** Women of reproductive age who were beneficiaries of BF had worse health outcomes, such as a greater occurrence of being overweight (33.5%) and obese (26.9%) ( $p < 0.001$ ), having hypertension

(13.4% versus 4.4%,  $p < 0.001$ ), used more tobacco (11.2% versus 8.2%,  $p = 0.029$ ), and perceived their health as worse (6.2% versus 2.4%,  $p < 0.001$ ). **Conclusion:** Several NCD indicators were worse among women of childbearing age who were beneficiaries of BF. It should be emphasized that this is not a causal relationship, with BF being a marker of inequalities among women. The benefit has been directed to the population with greater health needs, and seeks to reduce inequities. Keywords: Socioeconomic factors. Noncommunicable diseases. Women's Health. Health surveys. Hematologic tests.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e alto grau de limitação para os indivíduos, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, para as comunidades e para a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e de pobreza<sup>1</sup>.

A epidemia de DCNTs tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e terem menor acesso aos serviços de saúde<sup>2</sup>. Existem diferenças importantes na distribuição da morbimortalidade dessas doenças segundo fatores socioeconômicos, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, ocasionando diferentes acessos a serviços, padrões de consumo, entre outros<sup>2</sup>.

No Brasil, as DCNTs também constituem um problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 75% das causas de mortes e, embora atinjam indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, são os mais atingidos<sup>3</sup>. Adicionalmente, estudos apontam relação entre determinantes sociais, piores condições socioeconômicas e piores desfechos em saúde com maior susceptibilidade ao desenvolvimento das DCNTs, bem como a suas comorbidades e maiores taxas de mortalidade<sup>2,4,5</sup>.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 2003, já mostravam elevada prevalência de DCNTs na população feminina e em outros indivíduos com baixa escolaridade<sup>6</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) aponta ainda que, entre as DCNTs analisadas no inquérito, a maioria foi referida pelas mulheres e as pessoas com doenças crônicas relataram pior autoavaliação da sua saúde<sup>7</sup>. Esse fato pode ser decorrente de as mulheres utilizarem mais os serviços de saúde<sup>8</sup> e também por serem mais atentas à sua saúde<sup>8</sup>.

Por outro lado, poucos estudos abordam a magnitude das DCNTs entre as mulheres em idade reprodutiva<sup>9-11</sup>, 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 DCNTs demonstram o quanto esses agravos acometem as mulheres de maneira crescente<sup>10-12</sup>, mesmo sendo jovens, e, conseqüentemente, afetam as questões reprodutivas<sup>13</sup>.

Existe ainda uma lacuna importante no que tange a possíveis iniquidades, ou seja, se as mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis são mais susceptíveis às DCNTs e seus fatores de risco. Estudo prévio com dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) revelou que mulheres em idade reprodutiva com baixa escolaridade eram mais inativas, tabagistas e hipertensas<sup>11</sup>. As doenças cardiovasculares também são tratadas e prevenidas com menor intensidade entre as mulheres, principalmente entre aquelas em vulnerabilidade social<sup>14</sup>. Sabe-se ainda que, em razão da desigualdade de gênero, práticas machistas colocam as mulheres em situações desfavoráveis, que são agravadas ainda mais pela desigualdade econômica<sup>15,16</sup>.

Visando interferir nas desigualdades sociais, em 2003 foi criado no Brasil o Bolsa Família (BF), um programa de transferência condicionada de renda (PTCR), com o objetivo de ampliar a garantia da proteção social e de diminuir a miséria e a pobreza. Trata-se de uma ação de discriminação positiva que objetiva quebrar o ciclo intergeracional de pobreza, reduzindo vulnerabilidades e desigualdades sociais<sup>17,18</sup>. Os beneficiários do BF, em sua maioria, são mulheres pobres e socialmente desfavorecidas<sup>19,20,21</sup>. O programa pretende reduzir iniquidades sociais e incidir sobre os determinantes sociais e sobre o contexto de vida de todos<sup>4,21,22</sup>.

O estudo parte da hipótese de que mulheres com BF teriam menor acesso a serviços de saúde e piores indicadores de saúde. Assim, este estudo objetivou avaliar a prevalência dos indicadores de DCNTs, incluindo exames laboratoriais, na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva, segundo o recebimento do benefício BF. Acredita-se que essa avaliação inédita possa identificar desigualdades entre as mulheres e possibilitar melhor conhecimento da ocorrência desses agravos nessa população específica.

## **MÉTODOS**

Estudo transversal descritivo realizado com base nos dados secundários da PNS. A PNS é uma pesquisa domiciliar integrante do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>23,24</sup>.

A PNS utiliza o processo de amostragem conglomerada em três estágios. Os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem (UPAs); os

domicílios, as unidades de segundo estágio; e os moradores com 18 anos ou mais de idade definem as unidades do terceiro estágio. Foram entrevistados 60.202 indivíduos, com taxa de resposta de 86%, e, por se tratar de uma amostra complexa, foram definidos fatores de expansão ou pesos amostrais para as UPAs, para os domicílios e para todos os seus moradores, bem como para o morador selecionado. Mais detalhes sobre amostragem e coleta de dados encontram-se disponíveis em outras publicações<sup>23</sup>.

Foi incluído na PNS um módulo de pesquisa laboratorial e definida uma subamostra contendo 25% dos setores censitários, entretanto a subamostra laboratorial obtida foi de 8.952 pessoas. Diversos fatores ocasionaram perdas amostrais, como a dificuldade de localização do endereço pelo laboratório contratado, a recusa do morador selecionado em realizar a coleta de material biológico e o longo tempo decorrido entre a entrevista e a coleta laboratorial. Foram utilizados pesos de pós-estratificação segundo sexo, idade, escolaridade e região para correção de possíveis vieses<sup>23,24</sup> nas análises estatísticas.

O conceito de mulheres em idade fértil ou idade reprodutiva refere-se àquelas com idade entre 15 e 49 anos<sup>25,26</sup>, no entanto o presente estudo analisou apenas dados de mulheres na faixa etária de 18 a 49 anos de idade, uma vez que o recorte utilizado na PNS foi população adulta com 18 anos ou mais. Foram descritas as distribuições sociodemográficas da amostra.

Em relação à análise laboratorial, a subamostra da PNS foi de 8.952 entrevistados. Portanto, o estudo atual considerou as 3.131 mulheres de 18 a 49 anos que participaram dessa subamostra laboratorial.

Foram utilizados dados referentes ao questionário individual, assim como os dados laboratoriais, para compor os indicadores de DCNTs para este estudo.

Entre os exames coletados, a hemoglobina glicada (HbA1c) foi colhida em tubo com ácido etilenodiamino tetra-acético (EDTA) e dosada por cromatografia líquida de alta performance (high pressure liquid chromatography — HPLC) por troca iônica. Foi usado o ponto de corte da Organização Mundial da Saúde (OMS), e a American Diabetes Association recomenda o valor de HbA1c  $\geq 6,5\%$  para o diagnóstico de diabetes mellitus<sup>27,28</sup>.

O colesterol total, a lipoproteína de baixa densidade (low density lipoprotein — LDL) e a lipoproteína de alta densidade (high density lipoprotein — HDL) foram colhidos em tubo gel. Estabeleceram-se os seguintes pontos de corte para Colesterol Total (CT) e frações: CT  $\geq 200$  mg/dL; LDL  $\geq 130$  mg/dL e HDL  $< 40$  mg/dL, seguindo os parâmetros de tratamento clínico preconizado pela Adult Treatment Panel III<sup>29</sup>.

A creatinina sérica foi coletada em tubo gel e dosada pelo método de Jaffé sem desproteinização. Para análise dicotômica, consideraram-se como alterados os valores

$\geq 1,3$  mg/dL. A taxa de filtração glomerular (TFG) foi calculada tendo em vista a creatinina, por meio de equações preditivas que utilizam fatores de correção (idade, sexo, raça e peso)<sup>30,31</sup>. A estimativa da TFG  $< 60$  mL/min/1,73 m<sup>2</sup> foi calculada com base na creatinina separada para mulheres.

Foram analisados exames de série vermelha, e aqui foi considerada anemia quando a hemoglobina era  $< 12$  g/dL, considerado o padrão da OMS<sup>32</sup>.

Foram coletadas amostra de urina em diferentes horários ao longo do dia. A dosagem do sódio urinário foi feita pelo método do eletrodo sensível. Foi levada em conta a frequência da população que estava acima do percentil 75 de consumo de sal.

Para os exames laboratoriais, foram calculados a prevalência, o intervalo de confiança de 95% (IC95%) e a razão de prevalência (RP) ajustada por idade, comparando-se ter ou não BF.

Ter ou não BF foi extraído da pergunta F012 do questionário da PNS: “No mês de julho (mês de referência), algum morador desse domicílio recebeu rendimento do Programa Bolsa Família?”. Na base de dados do laboratório da PNS, o IBGE incorporou variáveis referentes às DCNTs, que foram aqui analisadas, e compararam-se as prevalências e os IC95% entre as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) que disseram ter ou não BF.

Os indicadores incluídos neste estudo foram fatores de risco e proteção contra DCNTs:

- medidas antropométricas: peso e altura foram medidos por balança e antropômetros, e foi calculado o índice de massa corporal (IMC) — sobrepeso: IMC entre  $\geq 25$  e  $< 30$  kg/m<sup>2</sup>; obesidade: IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>);
- fumantes: relatar fumar, independentemente da quantidade de cigarros utilizada;
- consumo de carnes com excesso de gordura: apontar ingerir carne vermelha com gordura visível ou frango com pele;
- consumo regular de refrigerantes ou sucos artificiais em cinco ou mais dias por semana;
- consumo de feijão em cinco ou mais dias por semana;
- consumo abusivo de bebidas alcoólicas cinco ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias;
- autoavaliação do estado de saúde: foram classificadas três categorias para avaliar o estado de saúde — muito bom, regular e ruim.

Foram considerados os seguintes indicadores de morbidade referidos e diagnosticados previamente pelo médico:

- hipertensão arterial;

- diabetes;
- colesterol;
- artrite ou reumatismo;
- insuficiência renal.

Os indicadores de acesso a serviços de saúde envolveram:

- mencionar ter ou não plano de saúde ou odontológico;
- dizer procurar os serviços de saúde no último ano;
- internação nos últimos 12 meses.

Assim, o estudo estimou e comparou as prevalências e IC95% utilizando o  $\chi^2$  de Pearson, e as análises foram realizadas no *Stata*, versão 13. O questionário da PNS e as variáveis já foram divulgados em publicações anteriores, e mais detalhes podem ser vistos em outras publicações<sup>8,23</sup>.

Conforme previsto no protocolo da pesquisa e no Comitê de Ética, todos os resultados de exames foram informados ao usuário pelo laboratório responsável, e em casos de resultados alterados os usuários foram orientados a procurar assistência médica na rede pública.

Em casos de risco extremo, contataram-se os usuários diretamente pelo laboratório conveniado ou pelo Ministério da Saúde, visando ao atendimento imediato.

A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob nº 328.159, de 26 de junho de 2013. Todos os indivíduos foram consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa.

## RESULTADOS

Entre as 3.131 mulheres estudadas, 924 (23,3%) eram beneficiárias do programa BF. Em relação às características sociodemográficas, 1.087 (40,8%) tinham entre 18 e 29 anos, 1.769 (50,9%) entre 30 e 44 anos e 275 (8,3%) entre 45 e 49 anos. As mulheres com BF eram menos escolarizadas, 49,6% tinham de zero a oito anos de estudo, enquanto entre aquelas não beneficiárias apenas 16,2% apresentaram até oito anos de estudo e mais da metade apontou 12 anos ou mais de estudo. A maioria das mulheres com BF se autorreferiram como pardas e pretas, e as não beneficiárias, em sua maioria, disseram ser brancas (51,1%). As mulheres com BF concentravam-se mais no Nordeste (50,2%), seguido do Sudeste (26,7%), enquanto a maior parte das não beneficiárias morava no Sudeste (45,6%) (Tabela 1).

A Tabela 2 exibe a prevalência dos indicadores para DCNTs, e observou-se ocorrência maior de agravos entre as mulheres beneficiárias do BF. As beneficiárias apresentaram maiores

prevalências de sobrepeso (33,5%) e obesidade (26,9%) ( $p < 0,001$ ). Também demonstraram maior consumo de tabaco, no entanto menor consumo de álcool. O consumo de feijão foi mais elevado (75%) entre as beneficiárias do BF ( $p < 0,001$ ). A ausência de informações sobre fatores de risco variou de 0,09 a 5%, dados não mostrados.

As mulheres que recebem o benefício avaliaram sua saúde como ruim cerca de três vezes mais do que as não beneficiárias ( $p < 0,001$ ), e a grande maioria das mulheres que contam com o recurso do BF não tem plano de saúde ou odontológico (94,4%) ( $p < 0,001$ ). Destaca-se ainda que as mulheres beneficiárias apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial, principalmente durante a gravidez ( $p < 0,001$ ). Constatou-se que 15% das entrevistadas não apresentaram informações sobre o colesterol alto, e 10% sobre diabetes, dados não mostrados (Tabela 3).

Em relação aos exames laboratoriais, observou-se que, apesar de as mulheres beneficiárias terem prevalência mais elevada de insuficiência renal, creatinina aumentada, HDL, diabetes e anemia, a diferença só foi significativa para o colesterol HDL (Tabela 4). Ou seja, mulheres que recebem BF tem 41% mais prevalência de colesterol HDL  $< 40$  mg/dL do que aquelas que não recebem o benefício.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostram que as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF têm menor escolaridade, são na maioria pardas e pretas e se concentram na Região Nordeste do país. Essas mulheres também apresentam pior desempenho em indicadores de DCNTs, como maior ocorrência de sobrepeso, obesidade e hipertensão, maior uso de tabaco, pior percepção de sua saúde e níveis de colesterol mais elevados, quando comparadas às mulheres não beneficiárias.

Esses achados apontam uma avaliação positiva e indireta da aplicação do BF, pois parece que quem o está recebendo também tem pior situação de saúde, além de pior nível socioeconômico. Portanto, destaca-se mais uma vez a importância de programas sociais no formato de transferência de renda, concebidos com os objetivos de ampliar a garantia da proteção social, enfrentar a miséria e a pobreza e quebrar seu ciclo intergeracional, reduzindo desigualdades sociais<sup>17</sup>.

Diante desse fato, é consenso internacional a compreensão de que, para melhorar a saúde e diminuir a mortalidade na população, é necessário planejar intervenções que abordem os determinantes sociais em saúde<sup>4</sup>. Assim, os PTCR, ao fornecerem renda para famílias pobres,

podem reduzir as desigualdades entre as famílias beneficiárias<sup>33,34</sup>. Atualmente, o BF é o maior PTCR no contexto político brasileiro e o de maior cobertura populacional do mundo, em termos relativos e absolutos<sup>33,35,36</sup>.

Ressalta-se ainda que a causa dessas disparidades é multifatorial e está associada a baixos níveis de escolaridade e baixa renda. Alguns estudos já demonstraram previamente essas iniquidades para as doenças cardiovasculares<sup>14</sup>, por exemplo, e também para alguns fatores de risco mais prevalentes entre mulheres com baixa escolaridade<sup>11</sup>, além da alta prevalência de obesidade<sup>12</sup>, em geral associada a populações de baixa renda e desigualdades raciais<sup>13,37</sup>.

Estudar as iniquidades torna-se relevante por reforçar a necessidade de ampliar o acesso de subgrupos populacionais a assistência, ações e programas de saúde. As mulheres no Brasil, em geral, recebem menor salário, têm relações de trabalho desfavoráveis, reforçando uma desigualdade de gênero histórica, o que agrava a situação de saúde delas<sup>15,16</sup>.

A pesquisa aponta piores indicadores de saúde das mulheres beneficiárias do BF e a importância da titularidade do benefício concedido a elas, pois têm sido identificadas como mais responsáveis e cautelosas<sup>33,38</sup>, podendo esse benefício atenuar as disparidades descritas aqui. Essa ação do governo apoia-se no conceito de discriminação positiva, considerada por Souza<sup>18</sup> como necessária no sentido de beneficiar populações mais vulneráveis com o intuito de diminuir as desigualdades, caso exemplificado pelas mulheres pobres e socialmente desfavorecidas, perfil das beneficiárias do BF<sup>19-21</sup>.

A desigualdade socioeconômica é um fator que por si só já acarreta aumento de DCNTs em populações de baixa renda, e análises globais entre países sugerem que viver em um país de baixa renda está associado a risco acentuado de desenvolver doenças crônicas<sup>4,5</sup>.

Outro ponto que reforça o aumento das DCNTs nessa população é que os determinantes sociais extrapolam os mecanismos biológicos ao gerar padrões de vida que refletem as iniquidades sociais e causam danos que se acumulam ao longo da vida<sup>4,22</sup>. Além disso, existe o fato de as mulheres jovens ainda em processo reprodutivo ter fatores de risco e agravos crônicos de saúde importantes, e essas condições podem determinar piores desfechos reprodutivos e repercussões à saúde dos filhos, por meio da transferência transgeracional<sup>39</sup>. No entanto, não são muitos os estudos que se preocupam em investigar esses agravos na população de mulheres em idade reprodutiva<sup>9,10</sup>, mais escassos ainda no cenário nacional, demonstrando necessidade de tornar visível esse problema de saúde pública e avançar em uma abordagem integral da saúde das mulheres.

Por fim, destaca-se a importância desse tipo de monitoramento e de a vigilância de DCNTs incluir populações vulneráveis, bem como da realização, em 2013, da PNS com a

inclusão da variável BF, que possibilitou esse tipo de análise e informações sobre fatores de risco e morbidade a esse público.

Este estudo apresenta algumas limitações, entre elas as perdas na coleta dos exames laboratoriais, tornando-se necessário utilizar pesos de pós-estratificação visando reduzir viés de representação. Após esses procedimentos, os resultados do laboratório da PNS podem ser estimados para a população adulta brasileira. Os exames laboratoriais também podem ter sofrido perda por hemólise e material insuficiente. Assim, ocorreram diferenças entre os números de mulheres contendo material biológico e que responderam ao questionário. Ressalta-se ainda que os indicadores de fatores de risco foram medidos de forma autorreferida, podendo resultar em viés de memória.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo mostram que diversos indicadores de DCNTs têm desempenho pior entre as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF. Salienta-se que essa não é uma relação causal, e aponta-se para a importância do BF como um marcador de desigualdade entre as mulheres. Esse programa direciona-se à população com maior necessidade em saúde e, por isso, é relevante a sua manutenção, visando reduzir iniquidades em saúde.

Destaca-se que a presente investigação analisou pela primeira vez no Brasil as prevalências de indicadores de DCNTs entre mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF. Tal fato pode corroborar a boa aplicação do benefício, mas principalmente evidenciar piores condições de saúde em grupos em piores situações sociais e econômicas. Esses dados devem ser considerados na definição de prioridades em saúde da população brasileira, sobretudo na agenda de saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1): 241-55. <http://doi.org/10.1590/1809-4503201400050019>
2. 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* 2015; 36(4): 408-25. <http://doi.org/10.1057/jphp.2015.29>
3. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM de, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(3): 373-87. <http://doi.org/10.5123/s1679-49742015000300004>
4. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(7): 2097-108. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
5. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middleincome countries. *J Global Health* 2018; 8(2). <http://doi.org/10.7189/jogh.08.020409>
6. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 911-26. <http://doi.org/10.1590/s1413-81232006000400014>
7. Theme Filha MM, Souza Junior PRB de, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(Supl. 2): 83-96. <http://doi.org/10.1590/1980-5497201500060008>
8. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC de, Silva MMA da, Freitas MI de F, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl. 1). <http://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
9. Peters SAE, Woodward M, Jha V, Kennedy S, Norton R. Women's health: a new global agenda. *BMJ Global Health* 2016; 1: e000080. <http://doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000080>
10. Bonita R, Beaglehole R. Women and NCDs: Overcoming the neglect. *Global Health Action* 2014; 7(1): 23742. <http://doi.org/10.3402/gha.v7.23742>
11. Mpofo JJ, de Moura L, Farr SL, Malta DC, Iser BM, Ivata Bernal RT, et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil — 2011. *Prev Med Rep* 2016; 3: 333-7. <http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015>
12. Araújo FG. Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, Vigitel 2008-2015 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018.

13. Denny CH, Floyd RL, Green PP, Hayes DK. Racial and Ethnic Disparities in Preconception Risk Factors and Preconception Care. *J Womens Health* 2012; 21(7): 720-9. <http://doi.org/10.1089/jwh.2011.3259>
14. Aggarwal NR, Patel HN, Mehta LS, Sanghani RM, Lundberg GP, Lewis SJ, et al. Sex Differences in Ischemic Heart Disease. *Circulation* 2018; 11(2). <http://doi.org/10.1161/circoutcomes.117.004437>
15. Sousa LPD, Guedes DR. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estud Av* 2016; 30(87): 123-39. <http://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30870008>
16. Lima CRN de A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. *Rev Estud Fem* 2018; 26(3). <http://doi.org/10.1590/1806-9584-2018v26n347164>
17. Castiñeira BR, Nunes LC, Rungo P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil. *Rev Esp Salud Publica* 2009; 83(1): 85-97.
18. Souza LP. Bolsa Família: socializando cuidados e mudando as relações de gênero? [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015.
19. Dantas C, Neri E. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. *Rev Gênero Direito* 2013; 2(1): 96-110.
20. De Souza LP, Waltenbeg FD. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? *Rev Bras Estud Popul* 2016; 33(3): 517-39. <http://doi.org/10.20947/s0102-30982016c0004>
21. Campara JP, Vieira KM, Potrich ACG. Satisfação Global de Vida e Bem-estar Financeiro: desvendando a percepção de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Rev Adm Pública* 2017; 51(2): 182-200. <http://doi.org/10.1590/0034-7612156168>
22. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(Supl. 1): 126-34. <http://doi.org/10.1590/s0034-89102012000700017>
23. Souza-Júnior PRB de, Freitas MPS de, Antonaci G de A, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2): 207-16. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>
24. Szwarcwald CL, Malta DC, Azevedo C, Souza Júnior PRB, Rozemberg LG. Exames laboratoriais da pesquisa nacional de saúde: Metodologia de amostragem, coleta, e análise dos dados. *Rev Bras Epidemiol* 2019. (no prelo).
25. World Health Organization. *Women Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Genebra: World Health Organization; 2009.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
27. The International Expert Committee. International expert committee report on the role of the A1c assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009; 32(7): 1327-34. <https://dx.doi.org/10.2337%2Fdc09-9033>

28. World Health Organization. Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus [internet]. World Health Organization; 2011. Disponível em: [http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c\\_2011.pdf](http://www.who.int/diabetes/publications/report-hba1c_2011.pdf)
29. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *Jama* 2001; 285(19): 2486-97. <https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2486>
30. Kidney International. References. *Kidney International Supplements* 2013; 3(3): 303-5. <http://doi.org/10.1038/kisup.2013.42>
31. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing Kidney Function — Measured and Estimated Glomerular Filtration Rate. *New Engl J Med* 2006; 354: 2473-83. <http://doi.org/10.1056/nejmra054415>
32. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [acessado em 10 set. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>
33. Roque DM, Ferreira MAM. O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países. *Saúde Soc* 2015; 24(4): 1193-207. <http://doi.org/10.1590/s0104-12902015138971>
34. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet* 2013; 382(9886): 57-64. [http://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60715-1](http://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60715-1)
35. Quadros MT de, Santos GMNC dos. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(4). <http://doi.org/10.1590/0102-311x00152515>
36. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>
37. Strutz KL, Richardson LJ, Hussey JM. Selected Preconception Health Indicators and Birth Weight Disparities in a National Study. *Womens Health Issues* 2014; 24(1): e89-97. <http://doi.org/10.1016/j.whi.2013.10.001>
38. Moreira NC, Ferreira MAM, Lima AAT de FC, Ckagnazaroff IB. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. *Rev Adm Pública* 2012; 46(2): 403-23. <http://doi.org/10.1590/s0034-76122012000200004>
39. Felisbino-Mendes MS, Villamor E, Velasquez-Melendez G. Association of Maternal and Child Nutritional Status in Brazil: A Population Based Cross-Sectional Study. *PLoS One* 2014; 9(1): e87486. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0087486>

Tabela 1. Distribuição de mulheres entre 18 e 49 anos, com e sem Bolsa Família, segundo idade, escolaridade, cor de pele e região de moradia. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 Brasil.

		Bolsa Família						Total (n = 3.131)		
		Sim (n = 924)			Não (n = 2.207)			N	%*	IC95%
		N	%*	IC95%	N	%*	IC95%			
<b>Total</b>		924	23,28	21,50 - 25,15	2.207	76,72	74,85 - 78,50			
<b>Idade (anos)</b>	18 a 29	252	31,78	27,80 - 36,04	835	43,57	40,73 - 46,45	1.087	40,83	38,44 - 43,26
	30 a 44	608	61,32	57,01 - 65,46	1.161	47,77	44,96 - 50,59	1.769	50,92	48,53 - 53,31
	45 a 49	64	6,91	5,10 - 9,29	211	8,66	7,33 - 10,21	275	8,25	7,13 - 9,54
<b>Estudo (anos)</b>	0 a 8	464	49,57	45,31 - 53,82	434	16,17	14,38 - 18,13	898	23,94	22,12 - 25,87
	9 a 11	186	22,78	19,27 - 26,71	360	16,05	14,13 - 18,16	546	17,61	15,90 - 19,46
	12 ou mais	274	27,66	24,07 - 31,55	1.413	67,79	65,20 - 70,27	1.687	58,45	56,13 - 60,73
<b>Cor da pele</b>	Branca	191	26,65	22,73 - 30,98	842	51,08	48,26 - 53,90	1.033	45,4	42,98 - 47,84
	Preta	97	10,75	8,43 - 13,61	167	8,19	6,70 - 9,99	264	8,79	7,49 - 10,29
	Parda	622	61,55	57,17 - 65,76	1.152	39,59	36,99 - 42,26	1.774	44,71	42,24 - 47,03
	Outra	14	1,04	0,05 - 2,40	45	1,13	0,66 - 1,92	59	1,11	0,07 - 1,74
<b>Região</b>	Norte	294	11,62	10,15 - 13,27	635	7,6	6,92 - 8,33	929	8,53	7,90 - 9,21
	Nordeste	469	50,19	45,93 - 54,45	612	21,45	19,71 - 23,31	1.081	28,14	26,41 - 29,94
	Sudeste	73	26,77	22,18 - 31,92	371	45,6	42,66 - 48,57	444	41,21	38,65 - 43,82
	Sul	30	6,03	3,97 - 9,04	303	16,79	15,00 - 18,75	333	14,29	12,81 - 15,90
	Centro-Oeste	58	5,39	4,09 - 7,06	286	8,56	7,53 - 9,72	344	7,82	6,97 - 8,77

IC95%: intervalo de confiança de 95%. \*Frequência ponderada.

Tabela 2. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, Brasil.

Fatores de Risco para DCNTs	Recebimento do Bolsa Família				Total		p*
	Sim (n = 924)		Não (n = 2.207)		(n = 3.131)		
	%**	IC95%	%**	IC95%	%**	IC95%	
<b>Índice de massa corporal (aferido)</b>							
<b>Sobrepeso</b>	33,5	29,6 - 37,6	29,3	26,8 - 32,0	30,3	28,2 - 32,5	0,001
<b>Obeso</b>	26,9	23,1 - 31,1	21,2	18,9 - 23,6	22,5	20,6 - 24,6	
<b>Fumante</b>							
<b>Sim</b>	11,3	9,0 - 14,1	8,2	6,8 - 9,8	8,9	7,7 - 10,3	0,029
<b>Consumo carne vermelha com gordura</b>							
<b>Sim</b>	30,3	26,2 - 34,9	25,5	23,0 - 28,2	26,6	24,5 - 28,9	0,056
<b>Consumo de refrigerantes cinco ou mais dias por semana</b>							
<b>Sim</b>	27,0	23,2 - 31,2	27,6	25,0 - 30,3	27,5	25,3 - 29,8	0,800
<b>Consumo de bebida alcoólica uma vez ou mais por mês</b>							
<b>Sim</b>	13,4	10,6 - 16,9	18,2	16,1 - 20,6	17,1	15,3 - 19,1	0,022
<b>Consumo de feijão cinco ou mais dias por semana</b>							
<b>Sim</b>	75,0	71,5 - 78,1	65,5	62,8 - 68,0	67,7	65,5 - 69,8	< 0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%; \* $\chi^2$  de Pearson; \*\*frequência ponderada.

Tabela 3. Prevalência de indicadores de acesso e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) autorreferidas em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013 Brasil.

Fatores de risco para DCNTs	Recebimento do Bolsa Família				Total		p*
	Sim (n = 924)		Não (n = 2.207)		(n = 3.131)		
	%**	IC95%	%**	IC95%	%**	IC95%	
<b>Autoavaliação de saúde</b>							
Muito boa/boa	61,6	57,6 - 65,5	75,3	72,9 - 77,5	72,1	70,1 - 74,1	< 0,001
Regular	32,2	28,6 - 36,01	22,3	20,1 - 24,6	24,6	22,7 - 26,6	
Muito ruim/ruim	6,2	4,7 - 8,2	2,4	1,8 - 3,3	3,3	2,7 - 4,1	
<b>Posse de plano de saúde ou odontológico</b>							
Sim	5,6	3,8 - 8,1	37,1	34,3 - 39,9	29,8	27,5 - 32,1	< 0,001
<b>Procurou serviço de saúde no último ano</b>							
Sim	21,0	17,7 - 24,8	20,3	18,0 - 22,7	20,4	18,5 - 22,5	0,720
<b>Internação nos últimos 12 meses</b>							
Sim	9,2	7,0 - 12,0	7,9	6,5 - 9,4	8,2	7,0 - 9,5	0,335
<b>Hipertensão autorreferida</b>							
Sim	13,4	10,7 - 16,5	10,3	8,7 - 12,0	11,0	9,6 - 12,5	< 0,001
Apenas na gravidez	7,4	5,09 - 10,5	3,4	2,54 - 4,47	4,3	3,43 - 5,37	
<b>Diabetes autorreferida</b>							
Sim	2,9	1,8 - 4,6	2,1	1,4 - 3,0	2,2	1,6 - 3,0	0,134
Apenas na gravidez	2,5	1,2 - 5,0	1,2	0,6 - 2,1	1,5	0,9 - 2,3	
<b>Colesterol alto autorreferido</b>							
Sim	8,3	6,32 - 10,9	9,8	8,2 - 11,7	9,5	8,1 - 11,0	0,328
<b>Artrite ou reumatismo autorreferido</b>							
Sim	4,2	2,9 - 6,1	3,5	2,7 - 4,6	3,7	3,0 - 4,6	0,426
<b>Insuficiência renal autorreferida</b>							
Sim	1,6	0,7 - 3,5	1,5	0,9 - 2,6	1,6	1,0 - 2,4	0,935

IC95%: intervalo de confiança de 95%; \* $\chi^2$  de Pearson; \*\*frequência ponderada.

Tabela 4. Resultados laboratoriais em mulheres entre 18 e 49 anos de idade, de acordo com o recebimento do Bolsa Família. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2014–2015\*\*, Brasil.

Indicadores laboratoriais para DCNTs	Bolsa Família				RP Ajustada	IC95%
	Sim		Não			
	%*	IC95%	%*	IC95%		
<b>Insuficiência renal (ckdepi) TFG &lt; 60</b>	1,84	0,74 - 2,93	1,28	0,70 - 1,86	1,49	0,69 - 3,21
<b>Colesterol total (CT) ≥ 200 mg/dL</b>	23,87	20,36 - 27,37	26,28	23,76 - 28,79	0,89	0,75 - 1,06
<b>HDL colesterol &lt; 40 mg/dL</b>	28,19	24,19 - 32,19	19,72	17,51 - 21,93	1,41	1,17 - 1,69
<b>LDL colesterol ≥ 130 mg/dL</b>	13,24	10,47 - 16,00	13,89	11,89 - 15,89	0,92	0,72 - 1,19
<b>Creatinina ≥ 1,3 mg/dL</b>	1,10	0,18 - 2,02	0,75	0,28 - 1,22	1,61	0,55 - 4,71
<b>Hemoglobina glicada ≥ 6,5 mg/dL</b>	4,07	2,01 - 6,13	2,72	1,84 - 3,60	1,42	0,79 - 2,54
<b>Anemia (hemoglobina &lt; 12 g/dL)</b>	14,73	11,79 - 17,66	12,13	10,28 - 13,99	1,20	0,93 - 1,55
<b>Consumo de sal (&gt; percentil 75)</b>	25,26	20,94 - 29,58	24,13	21,28 - 26,99	1,03	0,85 - 1,26

DCNTs: doenças crônicas não transmissíveis; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RP: razão de prevalência ajustada por idade; TFG: taxa de filtração glomerular; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; \*frequência ponderada; \*\*os dados laboratoriais foram coletados posteriormente à PNS de 2013.

## 6 DISCUSSÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) têm a capacidade de assolar e diminuir a qualidade de vida dos indivíduos e aumentar a carga de cuidados das famílias sobre aqueles que apresentam estas doenças, sendo ainda mais severas nas populações em situação de vulnerabilidade social e econômica, uma vez que estão mais expostas aos riscos inerentes da própria condição social (MALTA *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2020b). No Brasil, além do aumento da prevalência de doenças crônicas, permanece o desafio da coexistência de novos e velhos agravos, ocasionados por desigualdades regionais, diferenças na distribuição de renda, escolaridade e políticas públicas, que ainda carecem de ser superados (SOUZA *et al.*, 2018; PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Nesse sentido, ao considerar o Programa Bolsa Família (PBF) como uma política pública social de transferência de renda cujo objetivo é enfrentar a pobreza extrema no Brasil, estudos mostraram que as famílias assistidas tiveram aumento na sua renda, o que as ajudou a alcançar um nível econômico além de mera subsistência (OLIVEIRA *et al.*, 2011; NERI, 2017). No entanto, por meio das análises desta tese, ao se comparar beneficiários e não beneficiários, pôde-se verificar que os indicadores de DCNTs são mais prevalentes na população beneficiária. Dessa forma, é preciso cautela ao se falar dos dados do Bolsa Família, pois essa não é uma relação de causa e consequência, e sim um indicativo de que o benefício está sendo destinado a quem de fato deve recebê-lo, ou seja, a população em condições de vulnerabilidade socioeconômica, sendo necessária uma análise mais abrangente e contextual dessa população.

Considerando que a titularidade do PBF é preferencialmente da mulher, o que corresponde a mais de 90% segundo dados da Pnad 2019 (IBGE, 2019), as análises desta tese identificaram que as mulheres beneficiárias apresentam maiores prevalências de fatores de risco para DCNTs, destacando-se os fatores modificáveis, tais como uso de cigarro, obesidade e sobrepeso, alimentação não saudável com baixo consumo de frutas, legumes e verduras e elevado consumo de refrigerantes, além da inatividade física (BERNAL *et al.*, 2019; MALTA *et al.*, 2020a). Apresentaram também maior prevalência para hipertensão e diabetes autorreferidas e níveis de colesterol HDL < 40 mg/dL (BERNAL *et al.*, 2019).

Sabe-se que o PBF apresenta um viés pró-saúde gestacional e puerperal, dadas as condicionalidades exigidas (MORAES; MACHADO, 2017). No entanto, a carga de doenças crônicas na população de mulheres é crescente (MALTA *et al.*, 2015), de modo que as abordagens de saúde devem extrapolar as questões do ciclo gravídico-puerperal e incluir ações

de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnósticos, controle e tratamento durante todo o ciclo da vida da mulher, em especial, para as DCNTs, uma vez que são responsáveis por alta carga de incapacidade e diminuição da qualidade de vida (AZEVEDO *et al.*, 2013).

No campo da saúde, é preciso lembrar que, desde as primeiras décadas do século passado, perspectivas da atenção à saúde da mulher de forma ampliada vieram se esboçando no Brasil. Como exemplo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism) foi criado em 1984 com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, pressupondo que todas as necessidades da população feminina seriam atendidas (ASSIS; FERNANDES, 2011). Já 2004 ficou marcado pela implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), lançada pelo Ministério da Saúde, que, por meio de um diagnóstico sobre a situação de saúde da mulher brasileira e suas principais causas de morbidade e mortalidade, incluindo as DCNTs, tinha uma proposta mais abrangente de atenção à mulher em relação ao Paism (BRASIL, 2004). No entanto, o que se viu na prática foi que, em grande parte das ações executadas, foram pensadas as questões do ciclo gravídico-puerperal, sendo as doenças crônicas preteridas ou ficando na dependência de que outros programas e políticas públicas pudessem incluir a população de mulheres (ASSIS; FERNANDES, 2011).

Ademais, as DCNTs atingem de forma mais severa as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade (MALTA *et al.*, 2018), sendo ainda atrelado à mulher o fator “desigualdade de gênero”, o que reforça ainda mais a gravidade desses eventos nessa população. Dessa forma, as DCNTs trazem desafios muitas vezes ignorados nas políticas de saúde da mulher, devendo o estabelecimento de prioridades seguir de acordo com os desdobramentos da transição demográfica e epidemiológica e com os avanços da saúde pública, principalmente para as populações em condições de vulnerabilidade socioeconômica, sendo, portanto, garantidos os direitos constitucionais à saúde.

As análises aqui realizadas puderam mostrar quem são as mulheres beneficiárias do PBF, ou seja, são mulheres concentradas em idades economicamente ativas, com menor escolarização, a maioria autodeclarada como parda e preta e que vive nas Regiões Norte e Nordeste. Esse perfil aqui identificado demonstra mais uma vez que: “A pobreza no Brasil tem cara: é mulher, negra e nordestina” (ENGEL, 2012). Adensando esse entendimento, o Mapa Humano da Fome revela que a pobreza não é igual entre os pobres, indicando que há nessa população aqueles que são ainda mais injustiçados, ou seja, a fome tem gênero, cor e grau de escolaridade, pois vive nos domicílios em que a mulher é a chefe da família, cuja cor de pele é

preta e possui baixa escolaridade, representando o perfil mais cruel de desigualdade no Brasil (REDE PENSSAN, 2021).

O fato de caber às mulheres a titularidade do cadastro no PBF atribui a elas responsabilidades para que possam mudar o ciclo geracional da pobreza, ciclo este que assola a grande maioria das mulheres que por muito tempo vivenciaram questões de subordinações, falta de autonomia e oportunidades de reconhecimento dentro do próprio convívio familiar. Essa defesa da mulher como a responsável pelo cadastro e recebimento da transferência de renda do PBF traz a visão de maior autonomia e oportunidade para que a mulher tenha destaque no contexto familiar e também fora dele (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Nesse sentido, o PBF vem mostrando avanço na diminuição da desigualdade social com alcance também na desigualdade de gênero, uma vez que prioriza as mulheres como responsáveis pelo recebimento do benefício financeiro, sendo expressivos os resultados positivos da titularidade feminina na dimensão social e econômica (ALVES FILHO *et al.*, 2020). Pode-se dizer que, de certa forma, o programa traz um empoderamento às mulheres, gerando autoconfiança pelo fato de estas terem a oportunidade de estar no comando do recebimento e destino da transferência de renda, aumentando a sua capacidade de controle e gerenciamento financeiro, bem como sua responsabilidade com as condicionalidades de saúde e educação (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2019).

Essas condicionalidades têm o importante papel de oportunizar a inclusão social das famílias, tornando-se ferramenta de emancipação das condições de pobreza, melhoria das condições de saúde e aumento da renda familiar, que acontece sem desestímulo à entrada no mercado de trabalho, uma vez que também busca a inserção dos beneficiários em projetos e programas de qualificação profissional (SANTOS *et al.*, 2019). Na educação, o acompanhamento das condicionalidades propicia as condições de escolarização necessárias para o exercício da cidadania, possibilitando o acompanhamento individual da frequência escolar em crianças e adolescentes e, assim, o conhecimento do motivo de baixa frequência se esta vier a ocorrer (SANTOS *et al.*, 2019). A educação continua a ser um caminho diferencial para amenizar as desigualdades, promover o desenvolvimento social e romper o ciclo intergeracional da pobreza entre os mais vulneráveis (SILVA; VALORE, 2019).

As transferências diretas de renda podem ter um impacto positivo no consumo das famílias, gerando uma melhora no estado nutricional das pessoas independentemente das condições impostas pelo programa (por exemplo, por meio de uma alimentação mais adequada). Além disso, o cumprimento das condicionalidades tem o potencial para gerar

mudanças nos comportamentos individuais e coletivos com efeitos positivos no estado de saúde (CASTIÑEIRA; NUNES; RUNGO, 2009).

A atuação do PBF na insegurança alimentar e outros problemas nutricionais como a diminuição da desnutrição entre beneficiários é verídica, mas contrasta com o aumento da obesidade nessa população, inserido no contexto da elevação do consumo de ultraprocessados, da dieta ocidentalizada e da transição nutricional (SALDANHA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2020), como pode ser observado na revisão integrativa contida nesta tese. Pode-se perceber que a maioria dos estudos referentes ao PBF e suas repercussões ou relações com a saúde das pessoas, em especial no campo das DCNTs, são do campo da alimentação e nutrição, destacando-se as análises antropométricas, a insegurança alimentar e o padrão de consumo. No entanto, ainda são poucos os estudos sobre outros desfechos das DCNTs, como fatores de risco, doenças cardiovasculares e outras.

Em todo o mundo, a transferência direta de renda tem se mostrado como uma efetiva ação contra a crise econômica, com implicações diretas na segurança alimentar e nutricional (ALPINO *et al.*, 2020). No Brasil, o advento da pandemia de covid-19 em março de 2020 agravou a fome que já vinha em uma crescente e trouxe o país para um patamar anterior, ou seja, a níveis registrados no início da década passada, evidenciando os reflexos do desmonte das políticas públicas de inclusão social e de segurança alimentar e nutricional (SAN) (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020).

Após 2016, diversos retrocessos foram contabilizados, como a redução de beneficiários do PBF, o congelamento do valor das bolsas, além das políticas de austeridade como a Emenda Constitucional 95, que determina o congelamento dos recursos para os programas sociais, tudo isso atrelado ao aumento da pobreza e desemprego (MARIANO, 2017; BASTOS, 2017; PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018). Tal cenário de retrocessos fez o Brasil retornar ao mapa da fome, do qual havia saído em 2014 (SIPIONI *et al.*, 2020; PROENÇA *et al.*, 2021). Cabe destacar que só entram no mapa nações com mais de 5% da população em pobreza extrema. Segundo dados de 2018 da Pnad, o Brasil retrocedeu e ganham menos de US\$ 1,90 por dia cerca de 9,3 milhões de pessoas. Em 2020, as estimativas seriam de ampliação em mais 5,4 milhões de pessoas ultrapassando a linha da extrema pobreza, segundo o Banco Mundial (BALABAN, 2020).

O atual governo Bolsonaro acelerou os desmontes, e uma das primeiras medidas em relação às políticas de segurança alimentar e nutricional foi a Medida Provisória 870, que extinguiu o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea), um espaço de articulação

entre a sociedade civil e representantes do governo na elaboração de políticas públicas de segurança alimentar (SIPIONI *et al.*, 2020; RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020). A extinção do Consea desorganizou nacionalmente a coordenação das políticas voltadas para o combate à fome.

Com isso, a insegurança alimentar retornou aos lares de mais de 100 milhões de brasileiros (ALPINO *et al.*, 2020; REDE PENSSAN, 2021), e cerca de 19 milhões estão em insegurança alimentar grave, ou seja, trata-se propriamente da fome (falta de alimentos) e não mais de alimentos de baixo valor nutricional. Portanto, a necessidade de reforço das políticas de transferência de renda ganha relevos nunca antes imaginados.

A coexistência de fome, desnutrição, sobrepeso e outras causas da insegurança alimentar nos países em desenvolvimento está intimamente ligada à falta de acesso a uma alimentação de qualidade, que seja saudável e consiga fornecer os nutrientes necessários para a reprodução de uma vida ativa e saudável (ALPINO *et al.*, 2020). Essa ligação com o acesso ao alimento, por sua vez, relaciona-se diretamente com a proporção da renda destinada à alimentação pela família. A literatura tem mostrado que as famílias beneficiárias do PBF têm feito a destinação da maior parte dos recursos à compra de alimentos (FERREIRA; MAGALHÃES, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2020).

Durante a pandemia, muitas dessas desigualdades puderam ser evidenciadas, mostrando que grupos historicamente excluídos e em desvantagem social encontravam-se mais vulneráveis, não só aos riscos associados ao novo vírus, mas também a desemprego, evasão escolar, pobreza e violência. Em particular, as desigualdades de gênero, principalmente quando analisadas em conjunto com a dimensão racial, ganharam contornos e nuances com poder de aprofundar iniquidades preexistentes e revelar novas vulnerabilidades (DOS REIS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, destacam-se alguns dos muitos pontos que corroboram o maior impacto da pandemia na vida das mulheres, como a pesada e desigual responsabilidade do trabalho de cuidado da casa e dos filhos; queda de postos de trabalho e com isso perda da autonomia financeira; além de acesso dificultado à saúde no âmbito do SUS dada a priorização das ações para combater o novo vírus, gerando repercussões à saúde daquelas que dependem de acompanhamento periódico, principalmente por doenças crônicas.

Ademais, o contexto da pandemia ocasionou queda no acompanhamento das condicionalidades dos beneficiários do PBF, dada a sua desobrigação desde março de 2020 em virtude da pandemia (BRASIL, 2020), em especial, na saúde, uma vez que a Atenção Primária

à Saúde, responsável pelo acompanhamento das famílias, teve que reorganizar sua estrutura física e humana para priorizar as ações de combate à pandemia no âmbito do SUS. Certamente seu impacto foi maior na população mais vulnerável, e, inevitavelmente, as repercussões serão contabilizadas mais à frente.

Diante desse cenário, os programas de transferência de renda podem se mostrar basilares em um contexto de disrupção econômica como visto no contexto atual da pandemia da covid-19. Com isso, os resultados elencados na presente tese evidenciam a importância da continuidade de programas sociais no formato de transferência direta de renda com condicionalidades, pois é uma oportunidade de acesso a direitos básicos, com a qual o beneficiário possa melhorar suas condições gerais de vida e saúde, especialmente a população de mulheres titulares do PBF, sendo um incentivo para exercer a autonomia financeira e, dessa forma, gerar mudanças nas relações de gênero e superação das iniquidades sociais.

De igual modo, as estratégias para mudança de estilos de vida na população em geral, visando à redução da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, têm sido discutidas e incentivadas por meio de políticas públicas, entretanto, estas são mais efetivas se instituídas pelo Estado. Dessa forma, um conjunto de programas e políticas públicas sociais agindo em sinergia parece ser uma medida mais consistente a fim de superar as iniquidades sociais e em saúde, devendo atuar sobre o ambiente, regulando práticas de comercialização, disponibilidade, acesso e oferta de serviços, taxaço de produtos nocivos à saúde, rotulagem de alimentos, educação alimentar nas escolas e comunidades, entre outros.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises decorrentes dos estudos transversais apresentados nesta tese mostraram prevalências mais elevadas de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) entre as mulheres beneficiárias do Bolsa Família, evidenciando que a transferência direta de renda para essas mulheres se configura em uma política governamental necessária e contínua, pois age beneficiando populações mais vulneráveis com piores indicadores de saúde. Esses dados não refletem uma relação de causalidade entre receber o benefício e ter piores indicadores de saúde, e sim um importante marcador social, que deve ser considerado na definição de prioridades em saúde da população brasileira, sobretudo na agenda de saúde da mulher.

Ainda que haja uma maior ocorrência de fatores de risco para DCNTs na população beneficiária do PBF, o programa tem mostrado efeitos importantes nos indicadores de saúde de segmentos mais pobres da sociedade, em especial na população de crianças, mais sensíveis às condições nutricionais. Os estudos analisados na revisão integrativa contida nesta tese mostraram que o aumento do poder aquisitivo familiar permitido pelo benefício contribuiu em alguns casos para o incentivo a práticas saudáveis, como aquisição de alimentos frescos e minimamente processados. No entanto, é preciso ressaltar que, apenas a transferência de renda, não é suficiente para a modificação de hábitos e escolhas mais saudáveis, é preciso esclarecer e reforçar o papel que a alimentação saudável desempenha na saúde, considerando a importância da implementação de programas e projetos de educação alimentar e nutricional entre os beneficiários do PBF.

A pandemia intensificou crises que já faziam parte da realidade nacional e internacional e impactou principalmente as mulheres como um grupo já considerado vulnerável pelo arcabouço de injustiças ocasionadas pela desigualdade de gênero, social, econômica e política. As mulheres por décadas tiveram barreiras de acesso aos serviços de saúde preventiva, curativa e hospitalar, sendo ainda mais difícil para aquelas em situação de pobreza extrema.

Infelizmente, os recentes retrocessos nas políticas públicas sociais vêm atingindo diretamente essa população, e a pandemia causada pelo novo coronavírus escancarou a falta de preparo político e vem a cada dia dando um alto relevo à situação de vulnerabilidade social vivida por uma parcela significativa da população brasileira. Dessa forma, um dos principais desafios do período pós-pandemia será estabelecer um sistema de proteção social sólido para

mitigar os efeitos dessa crise. Nesse contexto, o Programa Bolsa Família deve ser continuamente fortalecido como uma política social de Estado que garanta a erradicação da fome, a reversão do quadro de pobreza e oportunidades de mobilidade social às famílias assistidas, em especial, às mulheres chefes de seus lares.

Por fim, este estudo não foi isento de limitações, e o caráter transversal dos estudos que compõem esta tese mostraram um retrato da situação de saúde dessa população, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Destarte, sugere-se que se avance em estudos longitudinais de acompanhamento de beneficiárias do PBF, a fim de se ajustarem melhorias e avaliação do real impacto do programa na vida dessas mulheres. Como exemplo, a Coorte de 100 milhões de brasileiros do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde da Fiocruz Bahia (Cidacs/ Fiocruz Bahia) já tem feito estudos longitudinais de avaliação de impacto de programas de transferência de renda sobre diversos aspectos da saúde e, dessa forma, auxilia a condução e a reformulação de políticas públicas com maior alcance às populações vulneráveis.

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO DE CASTRO, J. Proteção social em tempos de Covid-19. [S.l.]: **FapUNIFESP (SciELO)**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1186>>., 8 set. 2020
- AGGARWAL, N. R. et al. Sex Differences in Ischemic Heart Disease. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, São Paulo, v. 11, n. 2, fev. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.117.004437>>.
- ALMEIDA, J. A. et al. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 479–488, fev. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.27102015>>.
- ALPINO, T. DE M. A. et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00161320>>.
- ALVES FILHO, A.; DIMENSTEIN, M.; BELARMINO, V. H.; LEITE, J. F.; DANTAS, C.; MACEDO, J. P. Efeitos da gestão do “Bolsa Família” no cotidiano de mulheres quilombolas rurais. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, vol. 20, nº 3, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.3.19331>.
- ASSIS, L.T.M.; FERNANDES, B.M. Saúde da mulher: a enfermagem nos programas e políticas públicas nacionais no período de 1984 a 2009. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>>.
- AZEVEDO, A. L. S. DE et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1774–1782, set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300017>>.
- BALABAN, DANIEL. ‘O Brasil está voltando ao Mapa da Fome’. **Entrevista concedida a Paulo Beraldo. Época Negócios**, 12 de maio de 2020. Seção Mundo. Disponível em: <<https://www.terra.com.br/noticias/mundo/brasil-esta-voltando-ao-mapa-da-fome-diz-membro-da-onu,b3675cf687fbc28d3525eaff3b295a1cae29i9n5.html>>. Acesso em: 14 de julho de 2021.
- BASTOS, P. P. Z. Ascensão e crise do governo Dilma Rousseff e o golpe de 2016: poder estrutural, contradição e ideologia. **Revista de Economia Contemporânea**, vol. 21, nº 2, 21 dez. 2017. DOI 10.1590/198055272129. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198055272129>.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097–2108, jul. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>>.

BARROS, M. B. DE A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo. v. 11, n. suppl 1, p. 6–19, maio 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500002>>.

BARTHOLO, L.; PASSOS, L.; FONTOURA, N. Bolsa Família, autonomia feminina e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais? **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 55, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/18094449201900550025>>.

BERNAL, R. T. I. et al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. suppl 2, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190012.supl.2>>.

BOCCOLINI, P. DE M. M. et al. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3537–3546, nov. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.22552017>>.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R. Women and NCDs: Overcoming the neglect. **Global Health Action**, v. 7, n. 1, p. 23742, 5 maio 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/gha.v7.23742>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** : PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <[https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/reso510\\_2016\\_chs.pdf](https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/reso510_2016_chs.pdf)> .

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017: **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 brasileiros e no Distrito Federal em 2017** / Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Cidadania. Gabinete do Ministro. Portaria nº 335, de Março de 2020. **Estabelece medidas emergenciais na gestão do Programa Bolsa Família, criado pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, regulamentado pelo Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007, em decorrência da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional.** Brasília, DF, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-335-de-20-de-marco-de-2020-249091352>>

CAMARA, G. D. Formação técnica e empregabilidade em programas sociais: a experiência do Programa Bolsa Família e do Pronatec em uma cidade da fronteira Brasil-Uruguai. **Educação em Revista**, vol. 34, nº 0, 19 abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698180893>.

CAMPARA, J. P.; VIEIRA, K. M.; POTRICH, A. C. G. Satisfação Global de Vida e Bem-estar Financeiro: desvendando a percepção de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 2, p. 182–200, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612156168>>.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (CEF) (2021). **Programa Bolsa Família: tipos de benefícios.** Recuperado de: <http://www.caixa.gov.br/programas-sociais/bolsa-familia/Paginas/default.aspx>

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA JR., J. B. da. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, jun. 2003. Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000200002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000200002&lng=pt&nrm=iso)>.

CARVALHO, A. T. DE; ALMEIDA, E. R. DE; JAIME, P. C. Condicionais em saúde do programa Bolsa Família – Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1370–1382, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000400020>>.

CASTINEIRA, B. R.; NUNES, L. C.; RUNGO, P. Impacto de los programas de transferencia condicionada de renta sobre el estado de salud: el Programa Bolsa Familia de Brasil. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 83, n. 1, p. 85-97, feb. 2009. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000100007&lng=es&nrm=iso)>.

CAVERO-ARGUEDAS, D.; DE LA VEGA, V. C.; CUADRA-CARRASCO, G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto presupuestado por resultados a programas sociales en Perú. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Vol. 34, núm.3, pp.528-537. 2017. ISSN: 1726-4642. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36353391021>>.

CÓRDOVA, I.; GONÇALVES ALVES, I. Programas de transferencia condicionada de renta en la óptica de los derechos sociales: una opción para el combate de las vulnerabilidades brasileñas. **Polis** (Santiago), v. 18, n. 53, 12 set. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.32735/S0718-6568/2019-N53-1388>>.

DANTAS, C.; NERI, E. As consequências do programa de transferência de renda condicionada Bolsa Família na vida das suas beneficiárias. **Gênero & Direito**, v. 2, n. 1, 26 set. 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/16954>>

DE BRAUW, A. et al. The Impact of Bolsa Família on Women's Decision-Making Power. **World Development**, v. 59, p. 487–504, jul. 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.worlddev.2013.02.003>>.

DOS REIS, A. P. et al. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de COVID-19: implicações para o controle no Brasil. . [S.l.]: **FapUNIFESP (SciELO)**. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020E423>>. , 17 dez. 2020

ENGEL, WANDA. **‘A pobreza no Brasil tem cara: é mulher, negra e nordestina’**. Entrevista concedida a Amanda Camasmie. *Época Negócios*, 20 de fevereiro de 2012. Seção Mulheres. Disponível em:

<<http://epocanegocios.globo.com/Revista/Common/0,,EMI294946-16418,00-A+POBREZA+NO+BRASIL+TEM+CARA+E+MULHER+NEGRA+E+NORDESTINA.html>>. Acesso em: 21 de junho de 2021.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S. DE; ALCOFORADO, C. L. G. C. Integrative review versus systematic review. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>>.

FERREIRA, M.N. **Programas de transferência condicionada de renda e acesso aos serviços de saúde: um estudo da experiência do Programa Bolsa Família em Manginhos**, RJ. 2009. 137 f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

FONSECA, R. M. G. S. DA. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 4, p. 450–459, dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400012>>.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C. DA; FONSECA, R. M. G. S. DA. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 625–631, set. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>>.

HELLMANN, Aline Gazola. **Como funciona o Bolsa Família? Melhores práticas na implementação de programas de transferência de renda condicionadas na América Latina e Caribe** / Aline Gazola Hellmann. p. cm. — (Nota técnica do BID ; 856), setembro, 2015.

ICHIHARA, M. Y. T. et al. Area deprivation measures used in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 83, 30 ago. 2018. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000933>>.

KATREIN, F. et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, p. 1416–1426, jul. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083614>>.

LABRECQUE, J. A.; KAUFMAN, J. S. Health profile differences between recipients and non-recipients of the Brazilian Income Transfer Program in a low-income population. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00141218>>.

LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa Família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 6, n. 10, p. 31–56, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.31406/relap2012.v6.il.n10.2>>.

MACHADO, C. B.; PAIVA, F. S. de. As mulheres na política de transferência de renda: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 20, n. 48, p. 295–310, ago. 2020. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2020000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000200004&lng=pt&nrm=iso)>.

MAGALHÃES, R. et al. A implementação do programa Bolsa Família: as experiências de São Francisco de Itabapoana e Duque de Caxias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1513–1524, dez. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600013>>.

MALAGUTI, J.M.A. **Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE): desafios para a inclusão dos produtos da agricultura familiar na merenda escolar de Itapeverica da Serra – SP**. 2015. 117 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Osasco, 2015.

MALTA, D. C. et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020a. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200058>>.

MALTA, D. C.; SILVA, A. G. da; CARDOSO, L. S. de M.; ANDRADE, F. M. D. de; SÁ, A. C. M. G. N. de; PRATES, E. J. S.; ALVES, F. T. A.; XAVIER JUNIOR, G. F. Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, nº 12, p. 4757–4769, dez. 2020b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.16882020>.

MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. da. Primeiros resultados da análise do laboratório da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 22, nº suppl 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190001.supl.2>.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A. da; MOURA, L. de; MORAIS NETO, O. L. de. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 20, nº 4, p. 661–675, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700040009>.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, jun. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>>.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; SZWARCOWALD, C. L.; GOMES, N. L.; SILVA JÚNIOR, J. B.; REIS, A. A. C. dos. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 18, nº suppl 2, p. 3–16, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 389–398, set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300002>.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. de; MORAIS NETO, O. L. de; SILVA JUNIOR, J. B. da. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 15, nº 3, set. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300006>.

MARIANO, S. A.; CARLOTO, C. M. Gênero e combate à pobreza: programa bolsa família. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 3, p. 901–908, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300018>.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, vol. 4, nº 1, p. 259, 16 fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>.

MARINHO, E.; LINHARES, F.; CAMPELO, G. Os programas de transferência de renda do governo impactam a pobreza no Brasil? **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 267-288, Sept. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71402011000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402011000300003&lng=en&nrm=iso).

MARTINS, A. P. B.; MONTEIRO, C. A. Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi experimental study. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, 19 ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-3486-y>.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. Transferência de renda no Brasil. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 5–21, nov. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300001>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1493–1497, out. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800022>.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, vol. 43, nº spe5, p. 58–70, 2019. DOI 10.1590/0103-11042019s505. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S505>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MONNERAT, Giselle Lavinas. **Transferência condicionada de renda, saúde e intersectorialidade: lições do programa bolsa família**. Rio de Janeiro: s.n., 2009. 283f., Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MORAES, V. D. DE; PITTHAN, R. G. V.; MACHADO, C. V. Programas de Transferência de Renda com Condicionais: Brasil e México em perspectiva comparada. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 364–381, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811702>.

MORAES, V. D. DE; MACHADO, C. V. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersectorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 129–143, set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s310>.

MORAES, V. D. DE; PITTHAN, R. G. V.; MACHADO, C. V. Programas de Transferência de Renda com Condicionais: Brasil e México em perspectiva comparada. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 364–381, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811702>.

MOREIRA, N. C. et al. Empoderamento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na percepção dos agentes dos Centros de Referência de Assistência Social. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 403–423, abr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122012000200004>.

MOREIRA, J. P. DE L. et al. Correção da prevalência autorreferida em estudos epidemiológicos com grandes amostras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00050816>.

MPOFU, J. J. et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil — 2011. **Preventive Medicine Reports**, v. 3, p. 333–337, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015>.

NERI, M. A next generation of conditional cash transfer programs. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 168–181, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76122017-0041>.

NERY, J. S. et al. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. **Int J Tuberc Lung Dis**. v. 1;21(7) p. 790-796. Jul. 2017. Disponível em: [doi: 10.5588/ijtld.16.0599](https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0599).

PAES-SOUSA, R.; VAITSMAN, J. The Zero Hunger and Brazil without Extreme Poverty programs: a step forward in Brazilian social protection policy. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4351–4360, nov. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.08812014>>.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde em Debate**, vol. 42, nº spe3, p. 172–182, nov. 2018. DOI 10.1590/0103-11042018s313. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S313>.

PAIVA, L. H. et al. Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1097–1110, ago. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200243>>.

PASE, H. L.; MELO, C. C. Políticas públicas de transferência de renda na América Latina. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 312–329, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612150770>>.

PAULA, T.F. **Prevalência e fatores associados à ocorrência e coocorrência dos fatores de risco comportamentais em mulheres brasileiras de idade reprodutiva**. 2019. 105 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PITOMBEIRA, D. F.; OLIVEIRA, L. C. de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, nº 5, p. 1699–1708, maio 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>.

PROENÇA, R.P.C et al. Cenário e perspectivas do sistema alimentar brasileiro frente à pandemia de Covid-19. [S. l.]: **FapUNIFESP (SciELO)**, 19 jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1731>.

PROSPERI, L. D. O.; FRIAS, L. T. G. de. O Programa Bolsa Família como parte do plano Brasil Sem Miséria. **Qualitas Revista Eletrônica**, vol. 17, nº 3, p. 174, 23 dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18391/req.v17i3.2849>.

QUADROS, M. T. DE; SANTOS, G. M. N. C. DOS. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00152515>>.

RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLOS Medicine**, v. 15, n. 5, p. e1002570, 22 maio 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>>.

RASELLA, D. Et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **The Lancet**, Vol 382, July 6, 2013.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (REDE PENSSAN). VIGISAN: **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: Rede Penssan, 2021. Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/>

RIBEIRO-SILVA, R. de C. et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, nº 9, p. 3421–3430, set. 2020. DOI 10.1590/1413-81232020259.22152020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.22152020>.

ROCHA, S. O programa Bolsa Família: evolução e efeitos sobre a pobreza. **Economia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p. 113–139, abr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182011000100005>.

ROQUE, D. M.; FERREIRA, M. A. M. O que realmente importa em programas de transferência condicionada de renda? Abordagens em diferentes países. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1193–1207, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015138971>.

SALDANHA, L. F.; LAGARES, É. B.; FONSECA, P. C.; ANASTÁCIO, L. R. Nutritional status of children who are recipients of the Family Allowance Program followed up by the Food and Nutrition Surveillance System in the State of Minas Gerais. **Revista Médica de Minas Gerais**, vol. 24, nº 4, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20140139>.

SANTOS, C. R. B.; MAGALHÃES, R. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1215–1224, maio 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500015>.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os problemas contemporâneos** / Maria Paula Gomes dos Santos. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

SCHMIDT, K. H. et al. Focus and coverage of Bolsa Família Program in the Pelotas 2004 birth cohort. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006792>.

SILVA, M. O. DA S. E. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1429–1439, dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000600006>.

SILVA, E. C. da; VALORE, L. A. Educação e transformação social: produção de sentidos nos discursos de egressos de um programa social da iniciativa privada. **Psicologia em**

**Revista**, vol. 25, nº 1, p. 176–198, 12 dez. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p176-198>.

SILVA, N.J.; RIBEIRO-SILVA, R.C.; RASELLA, D.; ALVES, F.J.O.; CAMPELLO, T.; FIACCONE, R.L.; BARRETO, M.L. Shifts towards overweight and double burden of malnutrition among socio-economically vulnerable children: a longitudinal ecological analysis of Brazilian municipalities. **Public Health Nutr.** 2020 Nov 23:1-10. doi: 10.1017/S1368980020004735. Epub ahead of print. PMID: 33222714.

SIMÕES, P.; SOARES, R. B. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, p. 445–468, dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402012000400004>>.

SOUSA, T.C. **Programas de Transferência de Renda: do merecimento por destituição a destituição de direitos**. 2011. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SOUZA, M. DE F. M. DE et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1737–1750, jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>>.

SOUZA, L. P.; WALTENBERG, F. D. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, n. 3, p. 517–539, 31 dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20947/S0102-30982016c0004>>.

SOUZA-JÚNIOR, P. R. B. DE et al. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 207–216, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200003>>.

SPERANDIO, N. et al. Impact of Bolsa Família Program on the nutritional status of children and adolescents from two Brazilian regions. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 30, n. 4, p. 477–487, ago. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000400007>>.

SUPLICY, E. M.; BUARQUE, C. Garantia de renda mínima para erradicar a pobreza: o debate e a experiência brasileiros. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 11, n. 30, p. 79–93, ago. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141997000200007>>.

SUZART, A. S. et al. Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional: um estudo de caso. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 19 maio 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2525>>.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 333–342, fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>>.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.

333–342, fev. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>>.

TREVISANI, J. DE J. D.; BURLANDY, L.; JAIME, P. C. Fluxos decisórios na formulação das condicionalidades de saúde do programa bolsa família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 492–509, jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200021>>.

VALENTE, A. L. O Programa Nacional de Bolsa Escola e as ações afirmativas no campo educacional. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 165–182, dez. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000300012>>.

VEGA, J. B.; TADDEI, J. A. DE A. C.; POBLACION, A. P. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 931–942, mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.02502013>>.

WILLIAMS, J. et al. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 2, 25 jul. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7189/jogh.08.020409>>.

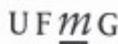
ZANATTA, L. F. et al. Igualdade de gênero: por que o Brasil vive retrocessos? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00089616>>.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. Sur. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 144–159, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452006000100009>>.

SZWARCWALD, C. L. et al. Exames laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde: metodologia de amostragem, coleta e análise dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. suppl 2, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190004.supl.2>>.

## ANEXOS

## ANEXO A – Resolução 035-2018 CPG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM  
 Av. Alfredo Balena, 130 - Sala 120 - Telefax: (031) 3400.9836  
 Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100  
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
 E-mail: cobgrad@enf.ufmg.br

**RESOLUÇÃO Nº 035-2018-CPG, em 20 de dezembro de 2018.**

**Regulamenta o formato das teses e dissertações e estabelece os critérios para admissão à defesa de tese e de dissertação.**

O Colegiado de Pós-Graduação (CPG) em Enfermagem da UFMG, no uso de suas atribuições estatutárias e considerando as Normas Gerais da Pós-Graduação da UFMG e Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG.

**Resolve:**

**Art. 1º.** As teses poderão ser apresentadas em dois formatos, o tradicional e o formato de compilação de artigos publicados, conforme decisão do orientador.

§ 1º Como formato tradicional entende-se aquele constituído por introdução e objetivos, revisão de literatura, material e métodos, resultados, discussão, conclusões e bibliografia.

§ 2º Como formato de compilação de artigos entende-se aquele constituído por capítulos em forma de artigo que apresentem resultados da pesquisa realizada, conforme descrito no Art. 2º.

**Art. 2º.** Para apresentação da tese no formato de compilação de artigos, os seguintes requisitos mínimos deverão ser obedecidos:

- a) ter pelo menos 01 (um) artigo completo publicado ou aceito para publicação e 02 (dois) entre submetidos/elaborados.
- b) os artigos deverão ser publicados ou aceitos em periódicos classificados, conforme critérios Qualis CAPES Enfermagem, em estrato B1 ou superior.
- c) aluno deverá ser primeiro autor em pelo menos um dos artigos;
- d) deverão integrar o volume em formato de compilação de artigos da tese, os seguintes tópicos: introdução, objetivos, metodologia, artigos resultantes, discussão e conclusões. Opcionalmente, poderão constar: resultados não incluídos nos artigos relacionados, anexos com informações adicionais e referências adicionais.

**Art. 3º.** Ambos os formatos deverão incluir, antes do tópico introdução:

- a) capa com nome do autor, título, instituição e ano de conclusão;
- b) folha de rosto com nome do autor, título da dissertação/tese, explicitação de que se trata de trabalho de dissertação ou tese mencionando-se o curso de pós-graduação e o título obtido, nome da instituição, ano de conclusão;
- c) Ficha catalográfica;
- d) folha com local (ais) de realização do trabalho, nome do orientador e co-orientador, agência (s) financiadora (s);
- e) sumário;
- f) lista de figuras: lista de tabelas, lista de gráficos, lista de fotomicrografias, lista de eletromicrografias; etc;

## ANEXO B - Parecer Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: Vigitel

<b>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA</b>
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP</b>
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>
<b>Título da Pesquisa:</b> Sistema de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas no Distrito Federal e no conjunto das capitais de estados brasileiros
<b>Pesquisador:</b> Deborah Carvalho Malta
<b>Área Temática:</b>
<b>Versão:</b> 2
<b>CAAE:</b> 16202813.2.0000.0008
<b>Instituição Proponente:</b> Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>Patrocinador Principal:</b> Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>DADOS DO PARECER</b>
<b>Número do Parecer:</b> 355.500
<b>Data da Relatoria:</b> 26/06/2013
<b>Apresentação do Projeto:</b> Trata-se da análise das respostas emitidas pelo pesquisador para as pendências apontadas no Parecer CONEP 257.827.
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Conforme apresentado no Parecer CONEP 257.827.
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b> Conforme apresentado no Parecer CONEP 257.827.
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b> Conforme apresentado no Parecer CONEP 257.827.
<b>Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:</b> Conforme apresentado no Parecer CONEP 257.827.
<b>Recomendações:</b> Conforme apresentado no Parecer CONEP 257.827.
<b>Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:</b> 1. Quanto à folha de rosto: As assinaturas do pesquisador responsável e do responsável pela instituição na Folha de Rosto são da mesma pessoa, o que não é aceitável. Visando isenção de

## ANEXO C - Parecer Comissão Nacional de Ética em Pesquisa: PNS

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA

## PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa Nacional de Saúde

Pesquisador: Célia Landmann Szwarcwald

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10853812.7.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Vigilância em Saúde

Patrocinador Principal: Secretaria de Vigilância em Saúde

## DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 328.159

Data da Relatoria: 28/06/2013

## Apresentação do Projeto:

## Introdução:

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) constitui uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, a ser realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013. Fará parte do Sistema Integrado de Pesquisas domiciliares (SIPD) do IBGE e deverá ter uma periodicidade de 5 anos. Para a execução da pesquisa foi constituída uma equipe de coordenação da PNS, com membros do MS e do IBGE. O inquérito será composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio, nos moldes do censo demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); o relativo a todos os moradores do domicílio, que dará continuidade ao Suplemento Saúde da PNAD; e o individual, a ser respondido por um morador de 18 anos ou mais do domicílio, selecionado com equiprobabilidade entre todos os residentes elegíveis, que dará enfoque às principais doenças crônicas não transmissíveis, aos estilos de vida e ao acesso ao atendimento médico.

Os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente não só para avaliar o funcionamento da assistência de saúde do ponto de vista do usuário, mas também como meio de se obter informações sobre a morbidade referida e estilos de vida saudáveis. A insuficiência das fontes secundárias de informações em saúde para suprir às necessidades da gestão tem enfatizado a importância em coletar dados primários por meio de inquéritos populacionais.

## ANEXO D – Artigo “Distribuição de indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família – Vigitel 2016-2019”

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210011.supl.1>

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

### Distribuição de indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em mulheres adultas beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família — Vigitel 2016–2019

*Distribution of indicators for chronic non-communicable diseases in adult women beneficiaries and non-beneficiaries of the Bolsa Familia Program — Vigitel 2016–2019*

Quêren Hapuque de Carvalho<sup>1</sup> , Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá<sup>1</sup> ,  
Regina Tomie Ivata Bernal<sup>1</sup> , Deborah Carvalho Malta<sup>2</sup> 

**RESUMO:** *Objetivo:* Comparar a prevalência e a tendência dos fatores de risco e proteção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) entre mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Bolsa Família no período de 2016 a 2019. *Métodos:* Estudo transversal e de série temporal. Foram estimadas as prevalências e as razões de prevalência brutas e ajustadas por idade e escolaridade dos indicadores para DCNT com os respectivos intervalos de confiança pelo modelo de Regressão de Poisson. Foi ainda realizada análise de tendência temporal na qual se empregou o modelo de regressão linear simples, sendo a variável desfecho os indicadores e a explicativa o ano do levantamento. *Resultados:* As mulheres beneficiárias estiveram mais expostas a fatores de risco para DCNT em relação às não beneficiárias. As razões de prevalência ajustadas para fumantes foram 1,15 (1,07 – 1,24); 1,08 (1,03 – 1,14) para excesso de peso e 1,09 (1,04 – 1,14) para obesidade, enquanto o consumo recomendado de frutas, legumes e verduras foi de 0,93 (0,87–0,99); tiveram ainda menor prática de atividades físicas no lazer (0,88; 0,82–0,93); maior tempo assistindo à TV (1,08; 1,02–1,13); pior autoavaliação do estado de saúde (1,12; 1,04–1,21); e apresentaram menor cobertura de mamografia (0,80; 0,71–0,90) e Papanicolau (0,93; 0,88–0,98). Entre as beneficiárias, a análise de tendência evidenciou elevação das prevalências de excesso de peso de 55,9 para 62,6% e de tempo de tela sem TV de 13,5 para 27,8%. *Conclusão:* Fatores de risco de DCNT foram mais elevados entre mulheres com Bolsa Família, apontando a importância da permanência de políticas afirmativas para essa população vulnerável.

**Palavras-chave:** Programas sociais. Inquéritos epidemiológicos. Fatores socioeconômicos. Indicadores de desigualdade em saúde. Saúde da mulher. Doenças não transmissíveis.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Autor correspondente:** Quêren Hapuque de Carvalho, Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Santa Elgínia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: qhcarvalho@gmail.com

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. TED 66 – 2018 SVS.

## ANEXO E – Artigo “Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família”

DOI: 10.1590/1980-549720190012.supl.2

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

### Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família

*Indicators of chronic noncommunicable diseases in women of reproductive age that are beneficiaries and non-beneficiaries of Bolsa Família*

Regina Tomie Ivata Bernal<sup>1</sup>, Mariana Santos Felisbino-Mendes<sup>1</sup>,  
 Quéren Hapuque de Carvalho<sup>1</sup>, Jill Pell<sup>2</sup>, Ruth Dundas<sup>3</sup>,  
 Alastair Leyland<sup>4</sup>, Mauricio Lima Barreto<sup>5</sup>, Deborah Carvalho Malta<sup>1</sup>

**RESUMO:** **Objetivo:** Avaliar a prevalência dos indicadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo exames laboratoriais, na população de mulheres brasileiras em idade reprodutiva segundo o recebimento do benefício Bolsa Família (BF). **Métodos:** Consideraram-se as 3.131 mulheres de 18 a 49 anos que participaram da subamostra de exames laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram comparados indicadores entre as mulheres em idade reprodutiva (18 a 49 anos) que disseram ter ou não Bolsa Família e calculados prevalência e intervalo de confiança (IC) usando  $\chi^2$  de Pearson. **Resultados:** Observou-se que as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF quando comparadas às não beneficiárias têm piores desfechos em saúde, como maior ocorrência de sobrepeso (33,5%) e obesidade (26,9%) ( $p < 0,001$ ), hipertensão 13,4% versus 4,4% ( $p < 0,001$ ), uso de tabaco (11,2%) versus 8,2% ( $p = 0,029$ ), além de 6,2% perceberem sua saúde pior, em comparação a 2,4% das mulheres não beneficiárias ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Diversos indicadores de DCNT tiveram pior desempenho entre as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do BF. Destaca-se que essa não é uma relação causal, sendo o BF um marcador de desigualdade entre mulheres. O benefício tem sido direcionado à população com maior necessidade em saúde, buscando assim reduzir iniquidades.

**Palavras-chave:** Fatores socioeconômicos. Doenças não transmissíveis. Saúde da mulher. Inquéritos epidemiológicos. Testes hematológicos.

Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>1</sup>Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow – Glasgow, Escócia.

<sup>2</sup>Medical Research Council/ Chief Scientific Office (MRC/CSO), Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow – Glasgow, Escócia.

<sup>3</sup>Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde, Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz – Salvador (BA), Brasil.

**Autor correspondente:** Deborah Carvalho Malta, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: dmalta@uol.com.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Esta pesquisa foi financiada pelo National Institute for Health Research (NIHR) (GHRG / 16/137/99), usando a ajuda do governo do Reino Unido para apoiar a pesquisa em saúde global. As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade do(s) autor(es) e não necessariamente do NIHR ou do Departamento de Saúde e Assistência Social do Reino Unido. A Unidade de Ciências Sociais e de Saúde Pública é financiada pelo Medical Research Council (MC\_UU\_12017 / 13) e pelo Scottish Government Chief Scientist Office (SPHSU13). O CIDACS é apoiado por doações da CNPq / MS / Gates Foundation (401739 / 2015-5) e do Wellcome Trust, Reino Unido (202912/Z/16/Z). A EELFMG é apoiada por financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. TED 66-2018.

