

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

JOANNA D'ARC GOMES RODRIGUES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE
GESTANTES E MULHERES COM FILHOS MENORES DE 1 ANO EM DUAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

JOÃO PESSOA

2021

JOANNA D'ARC GOMES RODRIGUES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE
GESTANTES E MULHERES COM FILHOS MENORES DE 1 ANO EM DUAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição do Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Coorientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima

JOÃO PESSOA

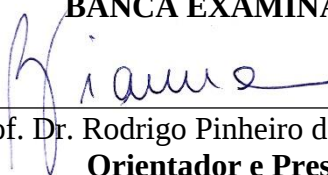
2021

JOANNA D'ARC GOMES RODRIGUES DA SILVA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE
DE GESTANTES E MULHERES COM FILHOS MENORES DE 1 ANO EM DUAS
CAPITAIS BRASILEIRAS**

Dissertação aprovada em 17 de dezembro de 2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador e Presidente
(PPGCN / CCS / UFPB)



Profa. Dra. Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima
Coorientadora
(PPGCN / CCS / UFPB)



Profa. Dra. Poliana de Araújo Palmeira
Examinadora Interna Titular
(PPGCN/CCS/UFPB)



Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa
Examinadora Externa Titular
(FIOCRUZ)

Profa. Dra. Maria da Conceição Rodrigues Gonçalves
Examinador Interno Suplente
(PPGCN/CCS/UFPB)

Profa. Dra. Kátia Rau de Almeida Callou
Examinador Interno Suplente
(DN/CCS/UFPB)

Dedico este trabalho a **Deus**, por toda sabedoria concedida e aos meus pais, **Audaci e João Bosco**, por tudo, esse trabalho é para e por vocês.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre estar ao meu lado, me mostrando que eu sou capaz, que os planos dEle são muito maiores do que eu jamais pude sonhar e que tudo acontece no tempo certo.

À nossa Mãezinha, **Maria Santíssima**, pela sua intercessão, colo e proteção nessa caminhada.

Aos meus Pais, **Audaci e João Bosco**, por dividirem meus sonhos com vocês e se esforçarem tanto para que tudo se torne real, obrigado por todo amor, dedicação e compreensão. Eu não consigo descrever em palavras meu amor e gratidão por vocês, saibam que tudo o que eu faço é para e por vocês. Obrigada por tudo!

Aos meu irmãos, **Joanne e João Bosco**, por todo o carinho, compreensão e apoio para que eu chegasse até aqui.

Aos meus sobrinhos, **Louise, Arthur, Valentina, João** e minha dinda **Maria Eduarda** por todos os momentos de alegria que me fizeram esquecer o cansaço de toda a luta.

Aos meus avós, **Alzira** (*In memorian*) e **Severino** (*In memorian*), eu sei que vocês continuam cuidando de mim aí de cima.

À minha avó, **Zita**, pelo apoio desde o início para que os meus sonhos fossem concretizados.

Aos meus tios, **Deca e Patrícia**, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Ao meu orientador, professor **Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna**, por ter acreditado em mim, por ter me ensinado um mundo o qual eu desconhecia, chamado Saúde Pública, obrigado pela sua competência, humildade, por todos os ensinamentos e calma, o que tornou este trabalho tão mais leve.

À minha coorientadora, professora **Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima**, a quem eu carinhosamente chamo de anjo, porque eu acredito que nos momentos que mais precisamos Deus envia anjos para nos cuidar, e foi isso que ela fez, cuidou, ensinou, guiou com todo carinho e empatia. Obrigada professora por estar ao meu lado em cada momento e por sempre me motivar.

Às minhas amigas da UFPB para a vida toda, **Camila, Dayane, Jamila e Laís**, minhas meliantes, obrigada por estarem sempre ao meu lado, por serem meu ponto de apoio, por todo o incentivo e bons momentos de gargalhadas.

A todos os meus **Amigos**, que se fizeram presente nesta caminhada, me incentivando.

Aos colegas do **Laboratório de Pesquisa em Saúde – LAPS**, por todos os ensinamentos compartilhados e auxílio na coleta dos dados da pesquisa, em especial a **Maria Augusta Correia e Professora Kátia Rau de Almeida Callou**.

Às professoras, **Ana Maria Segall e Poliana de Araújo Palmeira**, por terem aceito o convite para participarem da banca examinadora e por todas as contribuições para a finalização deste trabalho.

Às **mulheres** que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo para a ciência. Obrigada!

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição – UFPB, **Carlos e Marcos**, por todo o suporte e disponibilidade de sempre ajudar.

Aos **Professores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição – UFPB** que contribuíram com meu crescimento profissional e pessoal através dos conhecimentos repassados.

À **Laura Mendes** e professora **Muriel Bauermann** pela disponibilização dos dados coletados em Brasília.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente, de alguma forma contribuíram para que eu concluísse esta etapa da minha vida.

Muito obrigada!

“Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois, o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde quer que andares”.

Josué 1:9

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi um programa nacional de transferência condicionada de renda, destinada a famílias pobres e extremamente pobres, que tinha como objetivo a redução imediata da pobreza. Este estudo avaliou o impacto do PBF na Insegurança Alimentar (IA), qualidade de vida e ansiedade de mulheres em idade fértil em duas capitais com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, João Pessoa/PB e Brasília/DF. Trata-se de um estudo transversal com gestantes e mulheres com filhos menores de 1 ano, usuárias do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados foi realizada entre 2019 e 2020. Foram investigadas características socioeconômicas. Para avaliar a IA aplicou-se a EBIA. A ansiedade foi avaliada pela IDATE-T e IDATE-E. A qualidade de vida foi medida por meio da WHOQOL-bref. Foram realizadas análises descritivas, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson e o teste T-student. Foram 1382 mulheres entrevistadas, em Brasília 43,7% alegaram serem estudantes/donas de casa e em João Pessoa 35,7% das mulheres estavam desempregadas, os municípios também se diferiram com relação a auto referência de cor, escolaridade e renda familiar per capita. Quando comparados os grupos dentro de cada cidade, diferenças foram observadas com relação a escolaridade, ter companheiro, renda, ocupação e número de moradores por domicílio. Ao limitar a renda familiar per capita máxima, em Brasília foi observado que apesar da diferença de renda entre os grupos, os escores de qualidade de vida total mantiveram semelhanças entre as mulheres beneficiárias e não beneficiárias (17,4 vs 17,9), entretanto as mulheres com menor renda apresentaram escores maiores de ansiedade (45,7 vs 43,0). Em João Pessoa foi observado um comportamento oposto com relação aos desfechos de ansiedade e qualidade de vida total: mesmo com as mulheres não beneficiárias tendo uma renda per capita mensal média superior às beneficiárias, as médias dos escores de ansiedade foram semelhantes (39,38 vs 38,5). Já a qualidade de vida total apresentou diferenças entre os grupos, até o limite máximo de renda per capita de R\$ 600,00. Neste momento as médias dos escores de qualidade de vida tornaram-se semelhantes. A IA apresentou padrão semelhante nos dois municípios, mostrando que existe clara diferença nas frequências de segurança e dos diferentes níveis de IA devido a diferença de renda familiar per capita média. Este trabalho demonstrou a importância do PBF para a redução da IA, melhoria da qualidade de vida e redução da ansiedade em mulheres durante seu ciclo reprodutivo, gestantes e mulheres com filhos menores de um ano.

Palavras-chave: Insegurança alimentar; Qualidade de vida; Ansiedade; Programas governamentais

ABSTRACT

The Bolsa Família Program (PBF) was a national conditional cash transfer program, aimed at poor and extremely poor families, with the objective of immediate poverty reduction. This study evaluated the impact of the PBF on Food Insecurity (FA), quality of life and anxiety in women of childbearing age in two capitals with different levels of socioeconomic development, João Pessoa/PB and Brasília/DF. This is a cross-sectional study with pregnant women and women with children under 1 year, users of the Unified Health System. Data collection was carried out between 2019 and 2020. Socioeconomic characteristics were investigated. To assess the AI, the EBIA was applied. Anxiety was assessed by IDATE-T and IDATE-E. Quality of life was measured using the WHOQOL-bref. Descriptive analyzes were performed using Pearson's chi-square test and Student's T test. There were 1382 women interviewed, in Brasília 43.7% claimed to be students/housewives and in João Pessoa 35.7% of the women were unemployed. . When comparing the groups within each city, differences were observed in terms of education, having a partner, income, occupation and number of residents per household. By limiting the maximum per capita family income, in Brasília, it was observed that despite the difference in income between the groups, the total quality of life scores maintained similarities between beneficiary and non-beneficiary women (17.4 vs 17.9), however women with lower income had higher anxiety scores (45.7 vs 43.0). In João Pessoa, an opposite behavior was observed in relation to anxiety and total quality of life outcomes: even with non-beneficiary women having an average monthly per capita income higher than that of beneficiaries, the mean anxiety scores were similar (39.38 vs. 38.5). The total quality of life showed differences between the groups, up to the maximum per capita income limit of R\$ 600.00. At this point, the mean quality of life scores became similar. The AI showed a similar pattern in the two municipalities, showing that there is a clear difference in the frequencies of security and the different levels of food insecurity due to the difference in average per capita family income. This work demonstrated the importance of the PBF to reduce AI, improve quality of life and reduce anxiety in women during their reproductive cycle, pregnant women and women with children under one year of age.

Keywords: Food insecurity; Quality of life; Anxiety; government programs

LISTA DE FIGURAS

FIGURA DA DISSERTAÇÃO

Figura 1: Distribuição dos domicílios por nível de Segurança/Insegurança Alimentar no Brasil e macrorregiões. VIGISAN – Covid-19, Brasil, 2021 26

FIGURA DO ARTIGO

Figura 1: Comparação dos escores médios de qualidade de vida total e escore de ansiedade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, de todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020 57

LISTA DE TABELAS

TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1: Caracterização das mulheres entrevistadas com relação às características sócio econômicas e em função do recebimento do benefício do Programa Bolsa Família. João Pessoa e Brasília, 2019-2020 (n=1.382.) 53

Tabela 2: Comparação dos escores médios de qualidade de vida total e seus domínios, escore de ansiedade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, de todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020. 55

Tabela 3: Tabela 3: Comparação das frequências de segurança alimentar e dos níveis de insegurança alimentar das mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda familiar per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020..... 58

LISTA DE QUADROS

QUADROS DA DISSERTAÇÃO

Quadro 1: Benefícios do Programa Bolsa Família.....	18
Quadro 2: Pontuação para classificação de IA dos domicílios com e sem menores de 18 anos de idade.....	35
Quadro 3: Domínios e facetas do WHOQOL-bref	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Brasileiro
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DF	Distrito Federal
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EUA	Estados Unidos da América
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDATE-E	Ansiedade Estado
IDATE-T	Ansiedade Traço
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PB	Paraíba
PBF	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PTCRs	Programa Nacional de Transferência Condicionada de Renda
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde

USDA	Departamento de Agricultura dos Estados Unidos
Vigitel	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHOQOL – bref	World Health Organization Quality of Life bref

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	17
2.1.1 Histórico dos Programas de Transferência de Renda no Brasil	17
2.1.2 A criação do Programa Bolsa Família	18
2.1.3. As condicionalidades do Programa Bolsa Família	20
2.2 IMPACTO DO PBF NA VIDA DAS MULHERES	21
2.3 SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR	24
2.3.1 Classificação de Insegurança Alimentar de acordo com EBIA.....	26
2.3.2 Impacto da Insegurança Alimentar na saúde das mulheres	27
2.4 ANSIEDADE EM MULHERES.....	29
2.5 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES	31
3 METODOLOGIA	32
4 RESULTADOS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE	49
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

As relações entre pobreza e saúde podem ser percebidas no cotidiano da vida da sociedade brasileira e evidenciadas nos serviços de saúde (PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L.C., 2020). De acordo com os dados do relatório de Síntese de Indicadores Sociais, publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2012 e 2019, no Brasil 6,5% da população viviam com menos de 145 reais mensais e estavam em situação de extrema pobreza e 25,3% viviam com menos de 420 reais mensais em situação de pobreza (IBGE, 2020). Após a pandemia de COVID-19, o Brasil passou a ter 61,1 milhões de pessoas vivendo na pobreza e 19,3 milhões na extrema pobreza, segundo estudo publicado pelo Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Deseigualdades da Universidade de São Paulo (MADE/USP) (NASSIF-PIRES et al., 2021).

A saúde é considerada um reflexo direto das condições socioeconômicas de uma população. A falta de saneamento básico e qualidade da água, as condições de moradia e de trabalho, a alimentação, a educação e questões étnicas/ raciais são fortes determinantes sociais de saúde. Alguns indicadores de saúde podem ser considerados resultantes diretos das demais políticas públicas, ou da ausência delas (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017; CAMPELLO et al., 2018).

A partir de 2003 foi possível observar, no Brasil, uma redução na prevalência de pobreza devido em parte a importantes políticas redistributivas implementadas pelo governo brasileiro, como o Programa Bolsa Família (PBF) que estava incluído na estratégia de enfrentamento a fome do programa “Fome Zero” (BRASIL, 2003; BRASIL, 2021a). Este foi criado em outubro de 2003, através da Medida Provisória nº 132, como um Programa Nacional de Transferência Condicionada de Renda (PTCRs), destinado a famílias pobres e extremamente pobres, essa Medida foi posteriormente convertida na Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 (BRASIL, 2004a). O PBF surge a partir da unificação de quatro programas federais de transferência de renda (Bolsa Escola (2001), Bolsa Alimentação (2001), Vale Gás (2002) e Cartão Alimentação (2003)), com o objetivo de melhorar a gestão, maximizar o gasto social do governo federal, promover autonomia e dignidade aos beneficiários utilizando como critério de inclusão a renda per capita familiar (BRASIL, 2003).

O PBF foi criado com o objetivo de redução imediata da pobreza (BRASIL, 2004a) para que, a longo prazo, houvesse a melhora no desenvolvimento do capital humano através do maior acesso à educação, saúde e promoção da segurança alimentar (SILVA et al.,

2021a). O programa se desenvolveu, tornando-se o maior PTCRs do mundo, pagando mais de R\$ 31 bilhões a 14 milhões de beneficiários no ano de 2019 (Controladoria Geral da União, 2019). Porém após 18 anos de sua criação, o PBF foi revogado através da Medida Provisória nº 1.061, publicada em 9 de agosto do corrente ano, sendo substituído pelo Programa Auxílio Brasil (BRASIL, 2021b), cuja Medida de criação apresenta critérios de inclusão mais restritos, o que faz com que menos pessoas sejam beneficiadas por esse Auxílio.

Os programas de transferências de renda com condicionalidades, como foi o PBF no Brasil, são reconhecidos mundialmente por reduzir a pobreza dos seus beneficiários, aumentar a utilização aos serviços de saúde e melhorar os indicadores de saúde de crianças e adultos (SILVA et al., 2021a).

Esse programa beneficiava famílias pobres, identificadas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Brasileiro (CadÚnico) (BRASIL, 2021a). Esses benefícios variavam dependendo da situação, como o caso das gestantes e nutrizes, as quais recebiam nove parcelas do benefício durante a gravidez e seis parcelas nos primeiros seis meses após o parto (BRASIL, 2021a).

A associação entre o PBF e a saúde da família foi amplamente estudada no Brasil, em anos posteriores à criação do programa, por meio da avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e saúde de crianças (OLIVEIRA; CRISPIM; LIBERALINO, 2014; FARIA, PENA, 2016), gestantes, idosos e adultos (PINTO, 2016; ARAÚJO; SANTOS, 2017); avaliação da Insegurança Alimentar (IA) e de sua associação com o perfil socioeconômico (PINTO, 2016; FARIA, PENA, 2016; ARAÚJO; SANTOS, 2017).

Estudos demonstram que as mulheres brasileiras apresentam menores escores de qualidade de vida (ABREU et al., 2019), alta prevalência de ansiedade (SCHIAVO et al., 2018) e elevado índice de IA (SOARES et al., 2020), sendo IA leve e moderada vivenciada por 52,9% das mulheres e 11,1% em IA grave (PENSSAN, 2021). Os principais fatores de risco que podem contribuir para esses resultados são a situação econômica do país, os níveis de pobreza, desigualdade e desemprego (COSTA et al., 2019).

Entretanto, ainda existe uma lacuna do conhecimento a respeito do PBF e suas relações com a saúde e IA das beneficiárias, uma vez que não existem estudos atuais avaliando a IA, a qualidade de vida e ansiedade de mulheres, e comparando com cidades de diferentes IDH, sendo esta pesquisa relevante para saúde pública, ao descrever o perfil das beneficiárias de diferentes regiões e a influência do PBF sobre a saúde dessas.

Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres que recebem esse benefício, em comparação com aquelas que não recebem, em duas capitais com diferente nível de desenvolvimento socioeconômico, João Pessoa e Brasília. Buscando como objetivos específicos estimar e comparar a situação de insegurança alimentar entre os grupos de estudo de cada capital e entre elas; analisar e comparar a ansiedade materna entre os grupos de estudo; avaliar a qualidade de vida materna entre os grupos de estudo nas capitais e entre elas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

2.1.1 Histórico dos Programas de Transferência de Renda no Brasil

No início do século XX, com o crescente aumento do desemprego no Brasil, alavancou-se o debate e a prática dos Programas de Transferência de Renda (THOMÉ, 2013). Os Programas de Transferência de Renda consistem em transferências monetárias diretas, para alívio imediato de pessoas que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, estimulando o desenvolvimento da educação e saúde dessas pessoas (CAMPELLO; NERI, 2013).

A partir de 2001 os programas de renda no Brasil se multiplicaram e foram se transformando, como é o caso do Programa de Garantia de Renda Mínima, que foi vinculado à educação e passou a ser chamado de “Bolsa Escola”, da mesma forma foram implementados outros programas, como o Programa Bolsa-Alimentação, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e Benefício de Prestação Continuada, entre outros (SILVA, 2014; BRASIL, 2021a).

Nesse período houveram mudanças significativas no âmbito da política social no Brasil e, a partir de 2003, os Programas de Transferência de Renda foram marcados por alterações que visavam à unificação de programas nacionais de transferência de renda e o enfrentamento e combate à fome e à pobreza (FORD, 2020).

O PBF unificou os procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, passando a ser uma estratégia do governo para o fortalecimento e articulação das políticas voltadas ao enfrentamento da pobreza (REGO,

2014).

Através da Medida Provisória nº 1.061, publicada em 9 de agosto do corrente ano o Programa Bolsa Família foi revogado juntamente com a criação de um novo programa de transferência de renda, o Auxílio Brasil que entre os seus objetivos busca promover, prioritariamente, o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, por meio de apoio financeiro a gestantes, nutrízes, crianças e adolescentes em situação de pobreza ou extrema pobreza à semelhança do PBF (BRASIL, 2021b).

2.1.2 A criação do Programa Bolsa Família

O PBF foi criado pela Medida Provisória nº 132/2003, transformada em Lei n. 10.836/2004 e regulamentada pelo Decreto n. 5.209/2004, que em sua proposta inicial unificou os quatro programas, sendo eles Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão Alimentação, mais tarde, em 2005, o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) passou a fazer parte também do programa. O PBF era destinado a todas as famílias que se encontravam em estado de pobreza ou extrema pobreza, conforme disposto no artigo 2º da Lei n. 10.836/2004 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004^a; BRASIL 2004b; BRASIL, 2006).

Eram concedidos seis tipos de benefícios mensais que variavam de acordo com a situação da família e de renda, de acordo com o quadro 1:

Quadro 1: Benefícios do Programa Bolsa Família

Benefício básico	Para as famílias em situação de extrema pobreza, com renda mensal per capita de até R\$ 89,00, era concedido o benefício básico no valor de R\$ 89,00.
Benefício Variável Vinculado à Criança ou ao Adolescente de 0 a 15 anos	O valor de R\$ 41,00 era pago às famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tinham crianças ou adolescentes de 0 a 15 anos de idade em sua composição, cada família podia acumular até cinco benefícios por mês.
Benefício Variável Vinculado à Gestante	As famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tinham grávidas em sua

	composição eram repassadas nove parcelas mensais de R\$ 41,00.
Benefício Variável Vinculado à Nutriz	As famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tinham em sua composição crianças entre 0 a 6 meses. Com o intuito de reforçar a alimentação do bebê, eram repassadas até seis parcelas mensais de R\$ 41,00.
Benefício Variável Vinculado ao Adolescente	As famílias com renda mensal de até R\$ 178,00 por pessoa e que tinham adolescentes entre 16 e 17 anos em sua composição recebiam o valor de R\$ 48,00, cada família podia acumular até dois benefícios.
Benefício para Superação da Extrema Pobreza	Era um valor calculado individualmente para cada família que continuavam com renda mensal por pessoa inferior a R\$ 89,00, mesmo após receberem os outros tipos de benefícios do Programa.

Fonte: BRASIL, 2021a.

Os objetivos do PBF que estavam previstos no artigo 4º do Decreto nº 5.209/04 e que regulamentavam o programa, eram os seguintes:

- I - Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;
- II - Combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;
- III - Estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;
- IV - Combater a pobreza; e
- V- Promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2004b).

A definição apresentada a respeito do Bolsa Família, bem como disposto em lei, trazia um aspecto relevante: o pagamento do benefício era feito preferencialmente às mulheres (artigo 1º, §14 da Lei 10.836/2004).

2.1.3 As condicionalidades do Programa Bolsa Família

Desde 2003, data da sua criação, as famílias assumiam alguns compromissos para receber o benefício do PBF. As condicionalidades foram exigências impostas pelo programa para que as famílias recebessem o benefício, vistas como compromissos que as famílias assumiam junto ao Governo Federal para a manutenção do programa (SOUZA, 2019).

As principais condicionalidades estavam inseridas na área de educação e saúde e deveriam serem cumpridas para que o benefício fosse mantido. O artigo 3º da Lei 10.836/2004 dispunha sobre as condicionalidades do PBF:

Art. 3º A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento (BRASIL, 2004).

Os compromissos na área da Saúde estabeleciam que as gestantes e nutrizes em idade de 14 a 44 anos realizassem o acompanhamento pré-natal, com comparecimento às atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. Ainda mais, para as crianças de zero a sete anos o acompanhamento do calendário de vacinação, crescimento e desenvolvimento infantil deveriam ser realizados semestralmente (BRASIL, 2010).

Na área da educação, o acompanhamento da frequência escolar das crianças e adolescentes beneficiários de 6 a 17 anos ocorria cinco vezes ao ano, bimestralmente, excluindo-se os meses de dezembro e janeiro, que equivaliam aos meses de férias escolares. Na área da saúde, haviam dois períodos de acompanhamento — ou as chamadas vigências —, que englobavam, cada um, um semestre (BRASIL, 2021a).

Na 1ª vigência de 2021, foram acompanhadas na área da saúde em João Pessoa/PB 21097 beneficiários, sendo 850 crianças acompanhadas, das quais 100% apresentavam a vacinação em dia, 1338 gestantes (100%) das gestantes apresentavam pré-natal em dia. Em Brasília/DF foram acompanhados 10.571 beneficiários, 1189 crianças acompanhadas, 99,92% estavam com a vacinação em dia, 715 gestantes acompanhadas e 99,86% dessas com pré-natal em dia (BRASIL, 2021a).

O que se observava das condicionalidades do PBF, portanto, é que “em médio prazo elas proporcionavam o desenvolvimento de capital humano e possibilitavam uma mudança

de vida para as novas gerações”, tendo em vista que priorizavam áreas importantes do desenvolvimento humano, a saúde e educação (SOUZA, 2019).

2.2 IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA VIDA DAS MULHERES

O PBF não era uma política dirigida exclusivamente a mulheres, e sim à família, porém observava-se predominância destas, como maior número dos beneficiárias em todo o território nacional. Na Paraíba/PB, região Nordeste, existiam 60.391 mulheres acompanhadas pelo PBF, enquanto que em Brasília/DF, região Centro-Oeste existiam 56.045 mulheres beneficiárias (DATASUS, 2021).

A participação das mulheres no PBF contribuiu positivamente para a promoção de sua autonomia, emancipação e autoestima, afirmando que o benefício trazia efeitos no reordenamento no ambiente doméstico e o acesso feminino ao espaço público, possibilitando às mulheres maior poder de troca, maior capacidade de fazer escolhas e maior poder de decisão sobre o uso do dinheiro (ARRUDA, P.A.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C., 2020).

Apesar das mulheres beneficiárias terem tido um maior acompanhamento à saúde básica, proporcionando uma perspectiva de vida melhor, a partir do incentivo à educação em saúde, devido as condicionalidades que eram exigidas pelo PBF (FRIZZO, D., 2017), estudos ainda comprovam piores índices de saúde das beneficiárias quando comparadas as mulheres que não eram beneficiárias.

Pesquisa realizada por Bernal e colaboradores (2019) com 3.131 mulheres que participaram da subamostra de exames laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde, observaram que as mulheres em idade reprodutiva beneficiárias do PBF quando comparadas às não beneficiárias, tinham significativamente piores desfechos em saúde, como maior ocorrência de sobrepeso (33,5%) e obesidade (26,9%), hipertensão 13,4% (não beneficiárias) e 4,4% (beneficiárias), além de 6,2% das mulheres que recebiam o PBF perceberem sua saúde pior, em comparação a 2,4% das mulheres não beneficiárias (BERNAL et al., 2019).

Estudos apontam que as prevalências de fatores de risco para DCNT foram mais elevadas entre as mulheres que recebiam o benefício do PBF. Tiveram pior autoavaliação do estado de saúde considerado ruim, menor cobertura de mamografia e Papanicolau e prevalências mais elevadas de morbidades autorreferidas (hipertensão e diabetes)

(MALTA, D.C. et al., 2020).

Ferreira e Magalhães (2017) constataram que as mulheres que foram beneficiárias do PBF estabeleciam estratégias de consumo alimentar que incluíam um cardápio monótono, composto por alimentos calóricos à base de farinhas, açúcares e gorduras, além de produtos processados e ultraprocessados, como açúcar, pão e bolo industrializado. De fato, os alimentos ultraprocessados estão cada vez mais presentes no cardápio da população pobre, não apenas no Brasil, mas também em outros países latino-americanos. Conforme revelam estudos recentes, essa tendência tem repercutido negativamente na saúde das populações (OLIVEIRA, R.R.; PETER, N.B.; MUNIZ, L.C., 2021).

Malta e Colaboradores (2020) observaram iniquidades em saúde e piores indicadores na população feminina que eram beneficiária do PBF, revelando a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Populações com maior renda têm acesso mais facilitado a serviços de saúde e práticas de promoção (PEARCE et al., 2015). Esses resultados refletem a importância de investimentos na melhoria das condições de vida e na escolaridade, que podem interferir diretamente nos indicadores de saúde (MALTA, D.C. et al., 2020).

O PBF oferecia um benefício específico para gestantes e nutrizes, entendendo que durante o período gestacional ocorrem diversas modificações no organismo, como físicas, fisiológicas e psicológicas, as quais regulam as funções orgânicas maternas para garantir o desenvolvimento do conceito (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

Essas alterações, tanto na gestação quanto no puerpério, são provenientes da necessidade elevada de nutrientes essenciais, como as proteínas, carboidratos e lipídios, bem como dos micronutrientes. Considerando o crescimento, desenvolvimento fetal e o decorrer de uma gestação saudável, os cuidados com a alimentação materna devem ser redobrados, pois a nutrição materna é a única fonte de nutrientes do feto (BELARMINO et al., 2009).

Lisboa e colaboradores (2017) relatam a necessidade de reavaliar a qualidade do cuidado nutricional, ou seja, a adequação da assistência pré-natal do ponto de vista qualitativo. Por isso, é importante destacar que essas orientações devem ser ofertadas considerando condicionantes importantes, a exemplo de contextos econômicos, social e cultural.

A principal implicação do benefício do PBF para gestantes era o início precoce do pré-natal com acompanhamento completo das mães e crianças até o sexto mês de vida, o

qual gerava uma oportunidade de realizar ações educativas sobre alimentação saudável e amamentação (FORD, 2020; BRASIL, 2021). Promovendo assim hábitos de vida saudáveis durante a gestação com a ingestão suficiente de nutrientes e o ganho de peso adequado, o que contribuía para a saúde materna e infantil (SANTIAGO; PARK; HUFFMAN, 2013; HALL et al., 2020). As consultas e atividades educativas durante este período intervêm também sobre o comportamento materno no pós-parto, promovendo a amamentação exclusiva, colaborando para a redução das taxas de comorbidades materno infantis (FONSECA et al., 2020).

Em uma pesquisa de coorte retrospectiva realizada nos EUA foi demonstrado que mulheres com pré-natal inadequado (definido como menos de 50% das visitas recomendadas) tinham um risco aumentado de parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil em comparação com mulheres que receberam acompanhamento pré-natal adequado (COX et al., 2011).

As complicações gestacionais, com desfechos desfavoráveis tanto para mães, quanto para os filhos, também têm sido relacionadas tanto ao ganho de peso gestacional insuficiente, quanto excessivo. Entre tais desfechos, destacam-se prematuridade, baixo peso ao nascer, macrosomia, parto cirúrgico, diabetes mellitus e hipertensão maternas (CRANE et al., 2009).

Um estudo analisou dados de 5.278.377 gestantes brasileiras cadastradas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), sendo 49,20% destas eram beneficiárias do PBF. A proporção de gestantes com baixo peso em 2008 foi de 23,50% e em 2018 foi de 16,37%, a proporção para eutrofia em 2008 foi de 43,55% e em 2018 foi de 36,67%, enquanto que a proporção de sobrepeso e obesidade em 2008 foi de 32,95% e em 2018 foi de 46,96%. Também foi identificado aumento na prevalência de excesso de peso dessas gestantes em todas as regiões brasileiras (KAMINISHI, 2019).

Santana et al (2017) apontou que as gestantes e puérperas beneficiárias do PBF apresentaram em sua alimentação diária inclusão de grupos alimentares básicos da dieta da população brasileira (leite e derivados, feijão, carnes, ovos e cereais), porém houve baixo consumo de frutas e vegetais. Este resultado pode estar associado ao maior contato da gestante com orientações advindas do acompanhamento de pré-natal, uma vez que estas mulheres adentravam o pré-natal no início da gestação e tinham maior número de consultas ao longo dessa fase. E o acompanhamento nutricional das mães e crianças nos primeiros 6 meses de vida da criança (LISBOA, 2017; SANTANA, 2017).

Outros fatores relevantes são as condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa nível de escolaridade e baixa renda familiar, pois propiciam o desencadeamento de riscos gestacionais, uma vez que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais (MOURA et al., 2010; LISBOA, 2017).

2.3 SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR

O conceito de Segurança Alimentar vem sendo construído e evolui em conformidade à evolução humana e aos interesses e relações sociais. O termo segurança alimentar vem sendo discutido desde a 1ª Guerra Mundial, passando ao longo dos anos por diferentes conotações e envolvendo outras dimensões até expandir para o termo Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (TRIVELLATO et al., 2019).

No Brasil o termo SAN é definida pela Lei 11.346/2006 como um conjunto de ações que deve ser intersetorial e participativa, a qual consiste no direito de todos ao “acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (Art. 3º da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN — Lei No. 11.346 de 15 de setembro de 2006).

Os grupos mais vulneráveis à falta de alimentos são os que não dispõem de renda para adquiri-los ou que não têm acesso aos bens de produção necessários. Esse grupo populacional é também privado de alimentos de boa qualidade, dos equipamentos necessários para conservá-los e prepará-los, tendo ainda menor acesso à informação sobre uma alimentação saudável (CONSEA, 2009).

A partir de 2010, a alimentação foi incluída entre os direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal. Entretanto, o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) está distante da realidade de muitas pessoas em todo o mundo (SANTARELLI et al., 2017). A IA é considerada uma questão multidimensional que se configura também como um problema de saúde mundial e está diretamente relacionada com a luta pelo DHAA (BATISTA FILHO, 2003).

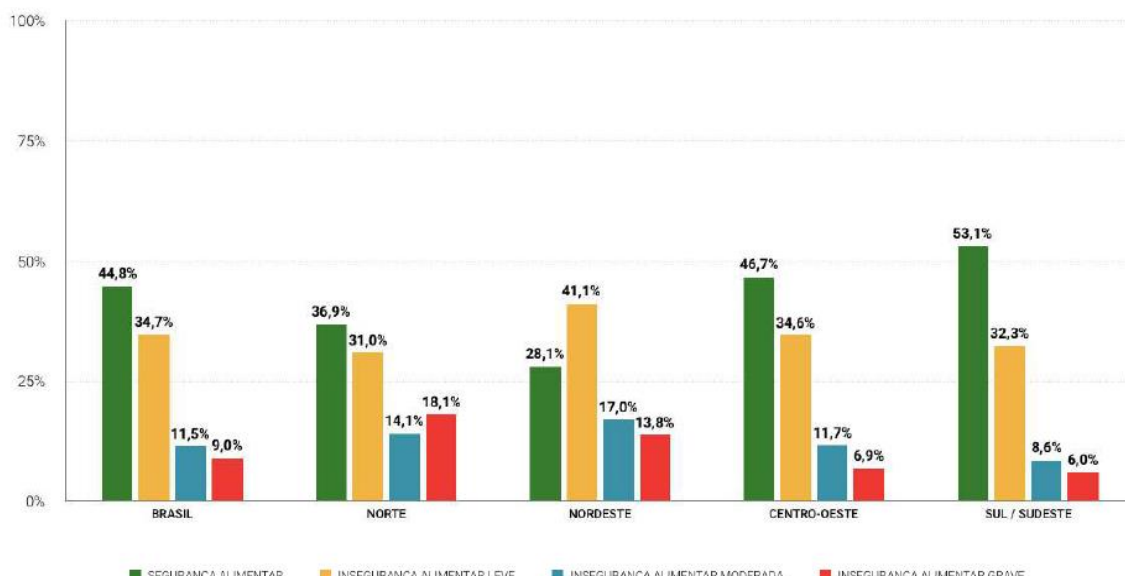
A IA ocorre quando uma família não consegue realizar, de forma regular e permanente, a aquisição de alimentos de qualidade e em quantidade suficiente ou quando, para tê-lo, compromete o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2006).

De acordo com Brito et al. (2020), a IA é observada pela experiência de preocupação e/ou angústia diante da incerteza da disponibilidade do alimento diariamente, o que configura insegurança psicológica, na convivência com a fome e no consumo de uma dieta de baixa qualidade nutricional, monótona e insuficiente para suprir as necessidades de uma pessoa. Podendo chegar ao ponto mais severo, que é a insegurança quantitativa, situação em que a família passa por períodos concretos de restrição na disponibilidade de alimentos para seus membros, chegando até mesmo, à fome (PANIGASSI, 2008; CONSEA, 2009).

A IA possui como principais determinantes a pobreza e as desigualdades sociais. Avaliar os fatores associados a ela é importante para o planejamento de políticas públicas e promoção da saúde (RIBEIRO et al., 2018).

Atualmente, de acordo com os dados do Inquérito Nacional sobre a Segurança Alimentar no cenário da Covid-19, realizado em dezembro de 2020, em todas as regiões do país (Figura 1), mais da metade da população brasileira está em IA, com cerca de 19 milhões de pessoas em situação grave, ou seja, passando fome, dados que refletem um aumento de 27% quando comparados aos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE, 2020; PENSSAN, 2021).

Figura 1: Distribuição dos domicílios por nível de Segurança/Insegurança Alimentar no Brasil e macrorregiões. REDE PENSSAN – Covid-19, Brasil, 2021.



Fonte: PENSSAN, 2021.

O inquérito nacional aponta que, na região Centro-Oeste, 8.795.832 pessoas apresentavam algum grau de IA, enquanto que na região Nordeste esse número é de 40.121.756 pessoas (PENSSAN, 2021) as regiões norte e nordeste são as mais afetadas. A fome tem gênero, cor e grau de escolaridade, atingindo 11,1% dos lares chefiados por mulheres, 10,7% dos lares chefiados por pessoas pardas ou pretas e 14,7% dos lares chefiados por pessoas com baixa escolaridade (PENSSAN, 2021).

2.3.1 Classificação da Insegurança Alimentar de acordo com EBIA

Na década de 80, desenvolveu-se uma escala de medida direta de Insegurança Alimentar e Fome pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos – USDA, por pesquisadores da Universidade de Cornell. Na elaboração da escala utilizaram-se métodos qualitativos para abordar e compreender a IA e a fome. Este estudo qualitativo permitiu a proposição de uma escala de medida quantitativa, composta por dez perguntas, que cobriam tanto a percepção da preocupação com a insuficiência futura de alimentos quanto os problemas relativos à quantidade de calorias disponíveis, bem como, a qualidade da dieta (BURLANDY, COSTA, 2007).

O processo de adaptação do método no Brasil resultou na elaboração e validação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA, pela Universidade Estadual de Campinas e pelo Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição da Universidade de Brasília, além de outras instituições (Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Mato Grosso e Instituto de Pesquisas da Amazônia), com apoio técnico e financeiro dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (KEPPLE, SEGALL-CORRÊA, 2011; BURLANDY, COSTA, 2007).

A EBIA possibilita o diagnóstico rápido, e é capaz de medir diretamente o fenômeno de interesse, permitindo captar não só as dimensões físicas, mas também as dimensões

psicológicas da IA (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2008).

A EBIA consiste em um questionário contendo 14 itens, as primeiras oito questões são aplicadas em todos os domicílios e as seis questões finais apenas nos domicílios que apresentem moradores com menos de 18 anos. Essas questões medem níveis diferentes de IA, utilizando o somatório do número de respostas afirmativas às questões, resultando em um escore que categoriza as famílias (IBGE, 2020). Com a finalidade de categorizar, a EBIA classifica a IA em 3 níveis, de acordo com a presença de crianças e adolescentes no domicílio.

Na IA leve, há preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro e qualidade inadequada dos alimentos. Já na IA moderada, há redução quantitativa de alimentos entre adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos e na IA grave, há redução quantitativa severa de alimentos também entre crianças e ruptura nos padrões alimentares resultantes da falta de alimentos entre todos os moradores, situação em que a fome passa a ser uma experiência vivida no domicílio (RIBEIRO et al., 2018).

2.3.2 Impacto da Insegurança Alimentar na vida das mulheres

Além da própria renda, fatores como a falta de saneamento básico, escolaridade, quantidade de membros no domicílio, acesso precário à educação e saúde, a concentração de terra, o desemprego, entre outros, pode se associar à insegurança alimentar e comprometer a qualidade de vida da população (MORAIS et al., 2014; LEUNG et al., 2014; FERREIRA et al., 2014), especialmente em famílias que são compostas por crianças e gestantes (PARK, EICHER-MILLER, 2014; OLIVEIRA, 2010).

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e nutriz, e, com isso, obter melhores resultados sobre a saúde da mulher e da criança (BURLANDY, COSTA, 2007). A IA pode provocar desvios nutricionais, obesidade e outras doenças relacionadas à uma má qualidade da alimentação (CONSEA, 2009).

E uma revisão sistemática pesquisadores demonstraram evidências de que a IA seria um mediador importante entre o cuidado materno e o desenvolvimento infantil, podendo comprometer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças. O principal fator relacionado com a diminuição do cuidado seria a ocorrência de transtornos mentais comuns, associados às experiências de IA familiar (PEREZ-ESCAMILLA, VIANNA, 2012).

Soares e colaboradores (2020), em seu estudo utilizando como amostra 206 mulheres beneficiadas pelo programa Minha Casa Minha Vida, no Município de Petrolina-PE, concluíram que apenas 23,3% das mulheres apresentaram segurança alimentar. O restante apresentou IA sendo 53,4% com IA leve, 13,6% com insegurança moderada e 9,7%, IA grave.

Uma vulnerabilidade social e financeira maior pode ser observada em mulheres em situação de IA, reduzindo assim a capacidade para adquirir alimentos adequados, influenciando a saúde na gestação e consequentemente, a saúde dos seus filhos (BLACK et al., 2008; IVERS & CULLEN, 2011). A IA pode ser fator que predispõe a transtornos mentais e insatisfação com a qualidade de vida em mulheres (IVERS & CULLEN, 2011).

A IA está relacionada diretamente a problemas nutricionais e de saúde, entretanto poucos estudos a relaciona com a saúde mental e qualidade de vida (SOUZA et al., 2019).

Um estudo de coorte realizado no Brasil, investigou a associação entre a IA e o risco de transtornos mentais comuns em mães de crianças menores de um ano de idade. Os resultados deste trabalho mostraram uma forte relação entre IA e risco de transtorno mental comum, bem como um efeito dose-resposta observado com aumento progressivo do risco de transtorno mental comum à medida que aumentam os graus de IA comparativamente às mães que residem em domicílios com segurança alimentar, sendo evidências de confirmação da relação entre estes dois agravos de saúde (SOUZA et al., 2019).

A literatura discute as influências do benefício financeiro do PBF na saúde mental, física e social e na situação de IA domiciliar das mulheres e de seus filhos. Pesquisas mostram que há uma elevada procura por atendimento na saúde básica e redução da IA do domicílio, impactando não só na qualidade nutricional e na saúde das mães, mas também dos seus filhos, contudo esses benefícios ainda não demonstram gerar diferenças significativas nas populações extremamente pobres (ODUENYI et al., 2019; EDMOND et al., 2019; MILLÁN et al., 2019).

Em relação a qualidade de vida materna, um estudo realizado no Irã mostrou que a situação de IA está associada a uma baixa percepção de qualidade de vida, o que pode desencadear consequências para a mãe e para o desenvolvimento adequado dos seus filhos (MOAFI et al., 2018). Além disso, outros estudos observaram uma associação entre a IA e ansiedade, desenvolvimento de sintomas depressivos e a baixa autoestima em mães de crianças na primeira infância (NAGATA et al., 2019; LINARES et al., 2020).

A investigação relativa à associação de IA e os indicadores socioeconômicos juntamente com o perfil antropométrico de mulheres contempladas por programas sociais, demonstrou que a população feminina beneficiada apresentava elevado índice de IA associando-se à baixa qualidade de vida. Índices como baixa renda, escolaridade e raça também foram relacionados a IA (SOARES et al., 2020).

Alguns estudos apontam que a IA associada ao sobrepeso em mulheres pode conduzir potencialmente ao aumento da incidência de doenças crônicas relacionadas à obesidade (GORGULHO et al., 2017; CLARO et al., 2015).

2.4 ANSIEDADE EM MULHERES

A ansiedade pode ser definida como um sentimento incerto e aborrecedor de temor e receio, que ocasiona no indivíduo aflição e incômodo, os quais são provenientes de antecipação de situações desconhecidas ou que possam trazer risco (PATELAROU et al., 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 450 milhões de mulheres e homens sofrem de algum transtorno mental. Em 2020, o Brasil se consolidou como o país mais ansioso do mundo. De acordo com a OMS (2020), quase 20 milhões de brasileiros sofrem de ansiedade. Resultados mostram que as mulheres apresentam maiores prevalências em relação aos homens, quanto aos transtornos depressivos, doenças psicossomáticas e de ansiedade (OMS, 2020).

A ansiedade pode ser caracterizada por um estado emocional de desconforto que desencadeia uma série de alterações cognitivas, afetivas, comportamentais e fisiológicas (PATELAROU et al., 2021). Sendo considerada como uma reação natural ligada a uma sensação de perigo iminente enfrentada pelo indivíduo em algum momento de sua vida (CLARK; BECK, 2012).

No Brasil, diversas pesquisas demonstraram que o público feminino também é o mais afetado por esses tipos de transtornos (CHAVES et al., 2015; CARVALHO et al., 2015; OMS, 2020).

Pesquisa desenvolvida por Daldegan e colaboradores (2021), ao longo do ano de 2020 no Brasil, demonstrou que a população mais afetada por transtornos de ansiedade foram pessoas pardas ou negras, mulheres e com idade entre 20 e 30 anos.

Segundo Parreira et al. (2017), as mulheres apresentam maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente quando se encontram no período reprodutivo ou na gestação, uma vez que a gestação é um momento de modificações na vida da mulher e que traz repercussões física, social e psicológica. Sobre as mudanças psicossociais, essa condição pode trazer oscilação emocional, favorecendo medo e insegurança (MEIRELES et al., 2017). Por isso, embora esteja vivendo um momento marcado por alegrias e realizações, a gestante pode vivenciar situações de ansiedade (SILVA, 2021b).

Kliemann et al. (2017) realizaram um estudo de revisão sistemática acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão na gestação e observaram associação com os seguintes fatores: socioeconômicos, histórico de saúde mental e complicações obstétricas, baixa rede de apoio social; nível educacional, idade materna, eventos estressores na gestação, uso de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas e violência.

Soncini e colaboradores (2019), a partir de seu estudo, estima que 40% a 70% das mulheres apresentam algum sintoma de ansiedade, depressão ou ambos durante a gestação, um expressivo número de mulheres que apresentam transtornos mentais durante o período gestacional.

A presença de transtornos mentais durante a gestação pode apresentar consequência, não apenas no período gestacional, mas também no período pós-parto. Moraes et al. (2017), discorrem acerca da influência na relação mãe-filho, mulheres que apresentam ansiedade durante a gestação ou até no pós-parto, acabam desenvolvendo uma visão negativa de si e de seus filhos, gerando uma dificuldade no estabelecimento e fortalecimento da relação mãe-filho (CAROSIO, 2021).

Scherrer e Alves (2021) demonstraram que a ansiedade materna e o arranjo familiar monoparental feminino impactaram negativamente a saúde e os cuidados com a criança, enquanto um programa de transferência condicionada de renda representou um fator de proteção.

2.5 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES

De acordo com a OMS, qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2020). Um

conceito que se manteve atual ao longo do tempo, sendo considerado multidimensional e que abrange aspectos físicos e psicológicos de saúde, o nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com o meio ambiente (KIM; KIM, 2020).

A avaliação da qualidade de vida tem sido um indicador empregado para orientar as práticas assistenciais e auxiliar na definição de públicos, estratégias políticas no contexto da promoção da saúde e prevenção de doenças, com base no conceito de saúde para indivíduos e coletividades (MENEQUIN et al., 2016; DIAS et al., 2018).

A qualidade de vida vem sendo abordada em diversos públicos, dentre eles as mulheres, devido a sua vida diária atarefada. As intensas e múltiplas tarefas muitas vezes eximem esse público de momentos de lazer e relaxamento, possibilitando a mínima ou nenhuma dedicação a si (LAGADEC et al., 2018; SCHUMACHER et al., 2020).

A percepção da qualidade de vida está relacionada diretamente com variáveis como idade, primiparidade, ausência de problemas econômicos, nível de escolaridade elevado, ter vínculo empregatício, viver com o companheiro, ter uma rede de apoio de família e amigos e à religião (LAGADEC et al., 2018).

Estudos realizados com mulheres sul coreanas e brasileiras observaram que uma pior percepção da qualidade de vida ocorre quando a mulher apresenta sintomas de ansiedade e depressão, ou sofre violência doméstica e sexual (LAGADEC et al., 2018; MOURA et al., 2017, KIM & KIM, 2020). Outro importante fator na percepção de qualidade de vida desse grupo de mulheres é a presença de suporte familiar e social.

Estudo realizado com mães japonesas, com filhos de 4 a 18 meses, mostrou que quando existe um suporte emocional dos familiares ou apoio social direcionado à mãe durante a gestação e os primeiros meses de vida do bebê, a chance dessa mulher apresentar uma maior percepção de qualidade de vida é 6 vezes maior e quando esta consegue dormir o suficiente (7h ou mais), a chance é 4 vezes maior. Além disso, a qualidade de vida de mães de bebês com 18 meses foi associada ao uso de instalações de apoio à criação dos filhos, como a utilização dos serviços de creche (NISHIDA et al., 2018).

Um estudo de revisão sistemática realizado por meio da avaliação da qualidade de vida de gestantes, evidenciou como resultados uma diminuição na qualidade de vida física durante toda a gravidez e que o terceiro trimestre da gravidez é o que apresenta os menores valores de escore de qualidade de vida quando comparadas às mulheres não grávidas (LAGADEC et al., 2018).

Dados encontrados no estudo realizado com gestantes e puérperas residentes em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul, a maioria (75,4%) avaliaram sua qualidade de vida geral como “boa” e estavam “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” com sua saúde (SCHUMACHER et al., 2020).

Entretanto, discordando do estudo anterior, uma pesquisa realizada com gestantes no estado de Piauí, encontraram que 53,8% das gestantes consideravam-se “insatisfeitas” na avaliação geral da satisfação com a qualidade de vida, confirmando assim que a percepção de saúde e qualidade de vida pode variar entre as regiões geográficas (ABREU, 2019).

Existem outros fatores que influenciam a percepção de saúde e qualidade de vida, como o comportamento alimentar, que caracteriza a forma como as pessoas se alimentam, considerando diferentes aspectos da vida de uma pessoa; incluindo aspectos físicos, sociais, psicológicos, familiares e culturais (SCHUMACHER et al., 2020).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter transversal com duas amostras representativas de gestantes e mulheres com filhos menores de 1 ano, usuárias do Sistema Único de Saúde e residentes em áreas de vulnerabilidade social, nos municípios de João Pessoa/PB e Brasília/DF.

O estudo foi parte de um projeto multicêntrico, intitulado: “Impacto do Programa Bolsa Família na saúde de gestantes, nutrizes e seus filhos até o sexto mês de vida”, realizado pelo Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição (NESNUT/UnB) e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde (LAPS/UFPB). O projeto multicêntrico recebeu apoio financeiro advindo da chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAB/CGAN Nº 13/2017.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra deste estudo foi não probabilística, recrutando mulheres com filhos menores de 1 ano e gestantes, independente do período gestacional, contudo estando com desenvolvimento normal da gestação de acordo com a sua entrada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram estabelecidos dois grupos de comparação, as beneficiárias do PBF e as

não beneficiárias, sendo utilizado o critério de ser exclusivamente SUS dependente e residente na mesma área de abrangência dos serviços de referência para a comparabilidade dos grupos. Desta forma, os dois grupos de mulheres deveriam ter características sociais e econômicas o mais semelhante possível, sendo diferenciadas pelo recebimento do benefício. Foram excluídas as mulheres e gestantes com problemas graves de saúde que afetassem os desfechos estudados, que tivessem algum problema neurológico e dificuldades de comunicação.

Por se tratar de um estudo transversal, utilizou-se como base de cálculo para a estimativa mínima do tamanho da amostra em cada cidade a capacidade para descrever prevalências de eventos com frequência de 50%, com a finalidade de maximizar o tamanho amostral, e com erro aceitável de até quatro pontos percentuais, com 95% de confiança. Estes parâmetros estimaram o número mínimo em torno de 600 mulheres para cada município que foram divididas nos dois grupos de estudo, recebem e não recebem benefício, de acordo com a resposta referida das mulheres a esta questão (DEAN, 2016; FLEISS et al., 2003).

3.3 LOCAIS DA COLETA DE DADOS

Em João Pessoa, as mulheres foram selecionadas por conveniência em 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das 126 existentes no município (PMJP-PB, 2021). As UBS em João Pessoa foram escolhidas em dois Distritos Sanitários, considerando os Distritos de menor renda. Foram escolhidas as UBS Integradas: Nova Aliança, José Américo, Cidade Verde, Ipiranga, Nova Esperança, Nova União, Mangabeira, Quatro Estações e Verdes Mares.

Já em Brasília existem 176 UBS (INFOSAÚDE-DF, 2021), sendo selecionadas por conveniência 10 UBS. Participaram da amostra as seguintes UBS: Estrutural nº 1, Riacho Fundo II nº 2, Riacho Fundo II nº 4, Ceilândia nº 1, Ceilândia nº 6, Ceilândia nº 12, Varjão nº 1, Paranoá nº 1, São Sebastião nº 1 e Itapoã nº 1.

A autorização para que as UBS participassem do projeto foi consentida por cada gestor de saúde e órgãos responsáveis, Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal e da Secretaria Municipal de João Pessoa.

3.4 COLETA DE DADOS

As mulheres que se encontravam nas UBS em espera por consulta e/ou vacinação delas e/ou dos filhos, e que atendiam aos critérios de inclusão, foram convidadas a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto e dezembro de 2019 em Brasília e nos meses de novembro de 2019 a março de 2020 em João Pessoa, a coleta foi finalizada no período anterior ao decreto de *Lockdown* na Paraíba, devido a pandemia de COVID-19 (Decreto Estadual nº 40.122, de 13 de março de 2020).

Foi aplicado questionário estruturado (ANEXO A), através do *KoboCollect*® (2012), disponível gratuitamente, e estruturados de forma que as respostas fossem limitadas e obrigatórias, evitando assim a perda de dados da amostra e erros de digitação.

Os questionários foram aplicados por entrevistadores devidamente treinados para o adequado manuseio do *KoboCollect*®. Em ambos os locais, o registro digital das informações coletadas era realizado de forma imediata por meio do aplicativo *KoboCollect* (*Harvard Humanitarian Initiative - KoBoToolBox*), com auxílio de aparelhos celulares com sistema Android.

O questionário era dividido em dez blocos, no qual continham dados socioeconômicos, antropométricos, de consumo alimentar e saúde, percepção de qualidade de vida e do estado de ansiedade.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.4.1 Avaliação dos dados socioeconômicos

Foram coletadas informações das mulheres selecionadas considerando idade, escolaridade, ocupação, estado civil, raça, recebimento ou não do PBF, número de moradores do domicílio e renda financeira per capita (incluso o valor do benefício do PBF). Estas informações serviram para caracterizar a amostra e permitir fazer as comparações entre os grupos.

3.4.2 Avaliação da Insegurança Alimentar

Para avaliar a situação de Segurança Alimentar por meio da percepção e experiência com a fome, foi utilizada nesse estudo, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA

(IBGE, 2014; SEGALL-CORRÊA et al., 2014), validada no Brasil por Pérez Escamilla et al. (2004).

A EBIA apresenta formato direto, respostas afirmativas a 14 questões, com respostas dicotômicas (sim ou não) com base nos últimos três meses. As primeiras oito questões são aplicadas em todos os domicílios e as seis questões finais apenas nos domicílios que apresentem moradores com menos de 18 anos. A pontuação final é resultante do somatório das respostas positivas, que gera um escore final (Quadro 2).

Quadro 2: Pontuação para classificação de IA dos domicílios com e sem menores de 18 anos de idade.

Pontos de corte para domicílios		
	Sem menores de 18 anos	Com menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1 - 3	1 – 5
Insegurança Alimentar Moderada	4 - 5	6 – 9
Insegurança Alimentar Grave	6 - 8	10 – 14

Fonte: SEGALL-CORRÊA et al., 2014.

É considerada situação de Segurança Alimentar quando os moradores do domicílio têm acesso a uma alimentação de qualidade em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (SEGALL-CORRÊA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2018).

Nos casos em que o domicílio apresenta situação de IA Leve, existe uma preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos (SEGALL-CORRÊA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2018).

A IA Moderada indica que há uma redução quantitativa de alimentos entre os adultos com comprometimento da qualidade da alimentação e/ou ruptura nos padrões de alimentação (SEGALL-CORRÊA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2018).

E a IA Grave ocorre quando há uma redução na quantidade de alimentos entre as crianças e ocorrência de situação de fome entre os adultos (SEGALL-CORRÊA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2018).

3.4.3 Avaliação da ansiedade

Nesse estudo, a avaliação da ansiedade foi realizada por meio do Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1970) na Universidade de Vanderbilt, traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (1979). O instrumento é uma escala de autorrelato que depende da reflexão consciente do sujeito no processo da avaliação do seu estado de ansiedade, assim como de características de sua personalidade. Composto por duas subescalas com vinte itens e quatro graus de intensidade (escala Likert) cada, onde seu escore varia de 20 a 80 pontos, sendo que as pontuações acima de 40 classificam a mulher como tendo uma intensidade significativa de ansiedade (FLAHERMAN, 2016). Essa escala aborda a autopercepção do indivíduo em relação à ansiedade traço e a segunda, à ansiedade estado.

A Ansiedade Traço é avaliada por meio do IDATE-T, e refere às diferenças individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações estressantes com aumento de intensidade no estado de ansiedade e a Ansiedade Estado é avaliada pelo IDATE-E, sendo caracterizada como um estado emocional temporária que varia com intensidade e tempo (BIAGGIO, 1979; BORINE, 2011; SOUZA et al., 2021).

Para classificação dos níveis de ansiedade, os sujeitos que apresentaram um escore de até 40 pontos foram classificados como baixa ansiedade, enquanto que os que apresentaram acima de 40 pontos foram considerados como níveis de alta ansiedade (SPIELBERGER, GORSUCH, LUSHENE, 1970; BIAGGIO, NATALICIO, 1979).

3.4.4 Avaliação da qualidade de vida

Com base no conceito de qualidade de vida definido como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (FLECK et al., 1999). A OMS desenvolveu instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida no geral, sendo eles: WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e sua versão abreviada, WHOQOL-Bref (THE WHOQOL GROUP, 1998).

O instrumento para avaliação da qualidade de vida utilizado nesta pesquisa foi o WHOQOL – bref, um instrumento de auto-avaliação, abreviado, traduzido e validado no Brasil (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000). Composto por 26 questões,

sendo duas sobre questões gerais e as demais 24 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente, cujas características estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

DOMÍNIOS/ FACETAS	CARACTERÍSTICAS
Domínio I - Domínio físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Domínio II - Domínio psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos
Domínio III - Relações sociais	Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual
Domínio IV- Meio-Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998).

As respostas para as 26 questões foram organizadas de acordo com a escala Likert (muito ruim a muito boa/bom; muito insatisfeita a muito satisfeita; nada a extremamente; nada a completamente; nunca a sempre).

A determinação dos escores dos domínios foi realizada através do valor da média da pontuação total de cada domínio multiplicando-se a média de todos os itens incluídos dentro de um domínio por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Posteriormente esse valor foi convertido para uma escala de 0 a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida (PEDROSO et al 2010; PEDROSO, 2020).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o número CAAE: 09305918.3.0000.5188 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número 06376819.7.0000.0030 (ANEXO C). Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de iniciar a pesquisa (ANEXOS D e E). Em nenhum momento foi restringido o direito das participantes de saírem da pesquisa, sem causar nenhum prejuízo a elas ou a qualquer integrante de suas famílias.

Foram requisitadas as devidas autorizações das instituições públicas que dispuseram de informações para o processo amostral e todos os registros dos envolvidos não permitiram a sua identificação em nenhuma etapa da pesquisa de acordo com todas as exigências legais.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados, foi construído inicialmente um banco de dados para armazenamento de todas as informações, as quais foram transferidas das interfaces eletrônicas de coleta de dados para um computador principal, utilizando o registro de cada mulher como variável de identificação da unidade amostral. Para a categorização das variáveis numéricas, idade e renda familiar per capita, foram utilizados os tercís.

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis com a construção de tabelas de frequência para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas. Os valores das médias foram expressos com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Para verificar as possíveis associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e para comparar as médias entre dois grupos foi utilizado o teste T-student para amostras independentes.

Como os grupos de comparação, mulheres que recebem bolsa família e aquelas que não recebem, tinham renda familiar per capita mensal média diferentes, para possibilitar a comparação dos grupos com relação às variáveis de interesse, segurança e insegurança alimentar, qualidade de vida e ansiedade estado, as mulheres com maiores rendas familiar

per capita mensal foram progressivamente retiradas das análises, até que as variáveis desfecho não apresentassem mais diferenças entre os grupos de comparação.

A comparação da ansiedade e da qualidade de vida foi feita pela comparação de médias e da insegurança alimentar pelo teste de associação qui-quadrado. Todas as análises foram feitas separadamente para cada município. Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0. Todos os testes consideraram nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em formato de artigo original intitulado “IMPACTO DO BOLSA FAMILIA NA QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM MULHERES EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS” submetido a revista *Ciência e Saúde Coletiva* (Qualis A2). Podendo ser encontrado em apêndice.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.; BRANDÃO, A.; TORRES, M. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. **Saúde Redes**. v.5, n.1, p.59-73, 2019.

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p.649, 2009.

ARAÚJO, A.A.; SANTOS, A.C.O. (In)Segurança alimentar e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife – PE. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2017.

ARRUDA, P.A.; BITTENCOURT, Z.Z.L.C. Desafios e possibilidades do Programa Bolsa Família: houve mudanças nas condições de vida de seus beneficiários?. **Serviço Social em Revista**, v. 22, n. 2, p. 385-407, 2020.

BATISTA FILHO, M. Da fome a segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 872-873, 2003.

BELARMINO, G.O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n. 2, p. 169-75, 2009.

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. **Rev Bras Epidemiol**. v.22, p. e190012, 2019.

BLACK, R. E., et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243–260, 2008.

BRASIL. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br . Acesso em 08 de abril de 2021. Acesso em 04 de abril de 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br . Acesso em 06 de abril de 2021.

BRASIL. Lei Nº. 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional –SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 18 de setembro de 2006. Disponível em: www.planalto.gov.br . Acesso em 06 de abril de 2021.

BRASIL. Medida provisória nº 132, de 20 de outubro 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guias e Manuais. **Guia para Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família**. Vol. II: Sistemas e procedimentos para acompanhamento das condicionalidades. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Programa Bolsa Família. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia> . Acesso em 15 de abril de 2021.

BRASIL. Relatório do Bolsa Família e Cadastro Único. MDS. 2020. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmeps/bolsafamilia/relatorio-completo.html> Acesso em 15 de abril de 2021.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.061, de 9 de agosto de 2021. Cria o Auxílio Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2021. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.061-de-9-de-agosto-de-2021-337251007>. Acesso em 20 de agosto de 2021.

BRASIL. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisa, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2014.

BRITO, A.P. et al. Fatores associados à insegurança alimentar e nutricional em comunidade carente. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.33, p.10415, 2020.

BURLANDY, L.; COSTA, R.S. **Segurança Alimentar e Nutricional: concepções e desenhos de investigação**. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu. v. 1, p. 485-500, 2007.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013.

CAROSIO, A.A. Transtornos mentais em mulheres no período gestacional: uma revisão de literatura. **Revista Interciência – IMES**. v.1, n.6, 2021.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CARVALHO E. A. et al. Índice de Ansiedade em Universitários Ingressantes e Concluintes de uma Instituição de Ensino Superior. **Revista Cienc. Cuid. Saúde**, v.14, n.3, 2015.

CHAVES, E.C.L. et al. Anxiety and spirituality in university students: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 504, 2015.

CLARK, BECK. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012.

CLARO, R.M. et al. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.24, p.257-265, 2015.

CONSEA. **Guia para Análise de Políticas e Programas Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional sob a Perspectiva dos Direitos Humanos**. Comissão Permanente de Direito Humano à Alimentação Adequada. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2009.

Controladoria Geral da União. Portal da Transparência. Disponível em: <http://www.portaltransparencia.gov.br> Acesso em 22 de novembro de 2021.

COX, R.G. et al. Prenatal Care Utilization in Mississippi: Racial Disparities and Implications for Unfavorable Birth Outcomes. **Maternal and Child Health Journal**. v. 15, n. 7, p. 931-942, 2011.

CRANE, J.M. et al. The effect of gestational weight gain by body mass index on maternal and neonatal outcomes. **J Obstet Gynaecol Can**. v. 31, n. 1, p. 28-35, 2009.

DALDEGAN, N.; SOARES, R.A.S.; FARIAS, J.M. Ansiedade e depressão no contexto da pandemia: demanda de atendimentos do centro de práticas psicológicas da uf rondonópolis. **Revista Extensão & Sociedade**. v.12, 2021.

DATASUS – SAS/DAB: Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. 2015. Bolsa Família. Disponível em: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa_relconsol.asp Acesso em 10 de julho de 2021.

DIAS, M.A.S. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**. v.23, n.1, p.103-104, 2018.

EDMOND, K. M., et al. Conditional cash transfers to improve use of health facilities by mothers and newborns in conflict affected countries, a prospective population based intervention study from Afghanistan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1–18, 2019.

FARIA, L.A.N.; PENA, A.P.S.A. Análise do impacto do programa bolsa família em relação ao estado nutricional de crianças de zero a sete anos pertencentes às famílias beneficiárias do programa no município de pará de minas, minas gerais, no período de 2007/2008. **SYNTHESIS | Revistal Digital FAPAM**, v. 1, n. 1, p. 344–354, 2016.

FERREIRA, H.S. et al. Prevalência e fatores associados à insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, p.1533-1542, 2014.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 987-998, 2017.

FONSECA, M.J.F. et al. Educação em saúde como ferramenta para o cuidado às gestantes e puérperas: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**. v.6, n.10, 2020.

FORD, K. J. et al. Health outcomes of the Bolsa Família program among Brazilian Amazonian children. **Rev. Saúde Pública**. v.54, n.2, 2020.

FRIZZO, D. **O impacto do programa bolsa família na vida das mulheres beneficiárias**. 2017. 94 f. Dissertação - Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, 2017.

GORGULHO, B.M. et al. Main meal quality in Brazil and United Kingdom: Similarities and differences. **Appetite**. v.111, p. 151-157, 2017.

HALL, J. et al. Factors influencing undernutrition among children under 5 years from cocoa-growing communities in Bougainville. **BMJ Glob Health**. v.5, n.8, 2020.

IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, 69 p. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais – SIS, 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados> . Acesso em 30 de julho de 2021.

IVERS, L. C.; CULLEN, K. A. Food insecurity: Special considerations for women. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 94, n. 6, p. 1740–1744, 2011.

KAMINISHI, L.P.S. **Perfil nutricional de gestantes cadastradas no SISVAN, no Brasil, entre os anos 2008 e 2018**. 2019. 21 f. Trabalho de Conclusão de Residência em Ciências da Saúde - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

KEPPLE, A.W., SEGALL-CORRÊA, A.M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, p. 187-199, 2011.

KIM, G.E.; KIM, E.J. Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. **BMC Psychiatry**. v.20, n.1, p.1-10, 2020.

KLIEMANN, A.; BÖING, E.; CREPALDI, M.A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v.25, n.2, 2017.

KoBoToolBox: KoBoToolBox (Version1). Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative, 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org> . Acesso em 08 de março de 2021.

LAGADEC, Nolwenn et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2018.

LEUNG, C.W. et al. Food insecurity is inversely associated with diet quality of lower – income adults. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v.114, p.1943-1953, 2014.

LINARES, D. E.; AZUINE, R. E.; SINGH, G. K. Social Determinants of Health Associated with Mental Health among U.S. Mothers with Children Aged 0-5 Years. **Journal of Women's Health**, v. 29, n. 8, p. 1039–1051, 2020.

LISBOA, C.S. et al. Nutritional assistance in prenatal care of women attended at family health units in a municipality of the Recôncavo da Bahia: a cohort study. **Demetra**. v.12, n.3, p.713-731, 2017.

MALTA, D.C. et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. **Rev Bras Epidemiol**. v.23, p.e200058, 2020.

MEIRELES, J.F.F. et al. Body image, eating attitudes, depressive symptoms, self - esteem and anxiety in pregnant women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.22, n2, p. 437- 445, 2017.

MENEGUIN, S.; XAVIER, C.L.; SANTANA, D.G. Qualidade de vida de cardiopatas durante a gestação e após o parto. **Acta Paul Enferm**. v.29, n.2, p.232-238, 2016.

MILLÁN, T. M., et al. Long-term impacts of conditional cash transfers: Review of the evidence. **World Bank Research Observer**, v. 34, n. 1, p. 119–159, 2019.

MOAFI, F. et al. The relationship between food security and quality of life among pregnant women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018.

MORAIS, A.O.D.S. et al. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n. 6, p. e00032016, 2017.

MORAIS, D.C. et al. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, p.1475-1488, 2014.

MORTAZAVI, F. et al. Maternal quality of life during the transition to motherhood. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 16, n. 5, 2014.

MOURA, E.R.F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 2, p. 250-55, 2010.

MOURA, M.R.S. et al. Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: a 3-year follow-up study. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 5, p. 1349–1360, 2017.

NASSIF-PIRES, L.; CARDOSO, L.; OLIVEIRA, A.L.M. Gênero e raça em evidência durante a pandemia no Brasil: o impacto do Auxílio Emergencial na pobreza e extrema pobreza. (Nota de Política Econômica nº 010). MADE/USP, 2021.

NAGATA, J. M. et al. Food insecurity is associated with maternal depression and child pervasive developmental symptoms in low-income Latino households. **Journal of Hunger and Environmental Nutrition**, v. 14, n. 4, p. 526–539, 2019.

ODUENYI, C.; ORDU, V.; OKOLI, U. Perspectives of beneficiaries, health service providers, and community members on a maternal and child health conditional cash transfer pilot programme in Nigeria. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 2, p. e1054–e1073, 2019.

OLIVEIRA, A.S.; CRISPIM, A.B.; LIBERALINO, L.C.P. Desmistificando o Programa Bolsa Família: Impactos na vida no estado nutricional dos beneficiários. **CATUSSABA - ISSN 2237-3608**, v. 4, n. 1, p. 17-31, 2014.

OLIVEIRA, J.S. Anemia, hipovitaminose A e insegurança alimentar em crianças de municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, p.651-664, 2010.

OLIVEIRA, R.R.; PETER, N.B.; MUNIZ, L.C. Consumo alimentar segundo grau de processamento entre adolescentes da zona rural de um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1105-1114, 2021.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Gender and women's mental health. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/teams/maternal-newbornchild-adolescent-health-and-ageing/maternalhealth/about/mental-health-and-substances-use> . Acesso em: 02 de agosto de 2021.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicadores de iniquidade de inquérito populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p. 2376-2384, 2008.

PARK, C.Y., EICHER-MILLER, H.A. Iron deficiency is associated with food insecurity in pregnant in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2010. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v.114, p.1967-1973, 2014.

PARREIRA, B.D.M et al. Depression symptoms in rural women: sociodemographic, economic, behavioral, and reproductive factors. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 375-382, 2017.

PATELAROU, A. et al. Nursing students, mental health status during COVID-19 quarantine: evidence from three European countries. **Journal of Mental Health**. v.30, n. 2, p. 164-169, 2021.

PEARCE, N. et al. Global prevention and control of NCDs: Limitations of the standard approach. **J Public Health Policy**. v.36, p.408-425, 2015.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 2, n. 1, p. 31-36, 2010.

PEDROSO, B. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, e depois? A trajetória das ferramentas para o cálculo dos escores e estatística descritiva dos instrumentos WHOQOL-100/WHOQOL-bref. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 8, n. 1, p. 1-7, 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**. v.21, p.15-26, 2008.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; VIANNA, R.P.T. Food Insecurity and the Behavioral and Intellectual Development of Children: A review of the evidence. **Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk**, v.3, p.9, 2012.

PINTO, C.A. et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. | Pinto | JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 7, 2016.

PITOMBEIRA, D.F.; OLIVEIRA, L.C. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.5, p. 1699-1708, 2020.

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/> . Acesso em: 31 de julho de 2021.

REGO, W.L.; PINZANI, A. **Vozes do bolsa família: autonomia, dinheiro e cidadania**. 2. ed. São Paulo: Editora Unesp, p. 160, 2014.

RIBEIRO, J.C.S. et al. Segurança Alimentar e Nutricional: avaliação e fatores determinantes em consórcio de municípios, Bahia, Brasil. **Demetra**. v.13, n.1, p.83-100, 2018.

SANTANA, J.M. **Segurança Alimentar e Nutricional: Influência do programa bolsa família nos padrões de consumo alimentar e antropométricos de gestantes usuárias da atenção básica à saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 2017.

SANTARELLI, M. et al. **Da democratização ao golpe: avanços e retrocessos na garantia do direito humano à alimentação e à nutrição adequadas no Brasil**. Brasília: FIAN Brasil; 2017.

SANTIAGO, S. E.; PARK, G. H.; HUFFMAN, K. J. Consumption habits of pregnant women and implications for developmental biology: a survey of predominantly Hispanic women in California. **Nutrition Journal**, v. 12, p. 91, 2013.

SANTOS, F.D.S. **Elas têm fome de quê? (In)segurança alimentar e condições de saúde e nutrição de mulheres na fase gestacional** [Tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Bahia; 2015.

SCHERRER, I.R.S.; ALVES, C.R.L. Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. **J Hum Growth**. v. 31, n.1, p. 18-27, 2021.

SILVA, A.E. et al. Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa de transferência condicionada de renda brasileiro Bolsa Família no período 2008-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2613-2624, 2021.

SILVA, M.O.S.; YAZBEK, M.C.; GIOVANNI, G. **A política social brasileira no século XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda**. 7. ed, São Paulo: Cortez, p. 28, 2014.

SILVA, R.B. et al. Anxiety among pregnant women assisted in primary care. **Research, Society and Development**. v. 10, n. 8, p. e21510817165, 2021.

SOARES, J.M.D. et al. (In)Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v.24, n1, p.37-44, 2020.

SONCINI, N. et al. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psic., Saúde & Doenças**. v.20, n.1, p.122-136, 2019.

SOUSA, S.Q.S. et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.24, n.5, p.1925-1934, 2019.

SOUZA, P.H.G.F. et al. Os efeitos do programa bolsa família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. **Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília : Rio de Janeiro : Ipea, v.2499, 2019.

THOMÉ, D. **O bolsa família e a social-democracia**. Rio de Janeiro: Editora FGV. p. 109, 2013.

TRIVELLATO, P.T. et al. Insegurança alimentar e nutricional em famílias do meio rural brasileiro: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.24, n.3, p.865-874, 2019.

WHOQOL. WHO Quality of Life Scale (WHOQOL). **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998.

APÊNDICE

APÊNDICE: Artigo**IMPACTO DO BOLSA FAMÍLIA NA QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E INSEGURANÇA ALIMENTAR DE MULHERES EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS**

Joanna D'arc Gomes Rodrigues da Silva¹, Rafaela Lira Formiga Cavalcante de Lima^{1,2}, Maria Augusta Correia Barroso Magno Viana¹, Katia Rau De Almeida Callou², Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna^{1,2}

1 Programa de Pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

2 Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

RESUMO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi um programa nacional de transferência condicionada de renda, destinada a famílias pobres, vigente no Brasil entre 2003 e 2021. Este estudo avaliou o impacto do PBF na Insegurança Alimentar (IA), qualidade de vida (QV) e ansiedade de mulheres em idade fértil em duas capitais brasileiras, João Pessoa/PB e Brasília/DF. Trata-se de um estudo transversal, realizado entre 2019 e 2020, com gestantes e mulheres com filhos menores de 1 ano, usuárias do Sistema Único de Saúde, beneficiárias ou não do PBF. Para avaliar a IA aplicou-se a Escala Brasileira de IA (EBIA), a ansiedade foi analisada pelo IDATE-T e IDATE-E e a QV pela Whoqol-bref. Foram realizadas análises descritivas, teste qui-quadrado de Pearson e teste T-student. Das 1382 mulheres, a maioria auto relataram preta/parda, apresentavam baixa renda per capita e escolaridade. Ao limitar a renda, em Brasília a QV total manteve semelhanças entre as beneficiárias e não beneficiárias (17,4 vs 17,9), as mulheres com menor renda apresentaram maior ansiedade (45,7 vs 43,0). Em João Pessoa apesar das não beneficiárias terem renda superior, as médias foram semelhantes (39,38 vs 38,5) e a QV total apresentou diferenças entre os grupos. A IA apresentou semelhança nos municípios, mostrando diferença na segurança e IA. Este trabalho demonstrou a importância do PBF para a redução da IA, melhoria da QV e redução da ansiedade em mulheres durante seu ciclo reprodutivo.

Palavras-chave: Insegurança alimentar; Qualidade de vida; Ansiedade; Programas governamentais

INTRODUÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi um programa de transferência condicionada de renda, criado em outubro de 2003 e extinto no ano 2021. Era destinado a famílias pobres e extremamente pobres com o objetivo de redução imediata da pobreza para que, a longo prazo, houvesse melhora no desenvolvimento do capital humano por meio de maior acesso à educação, saúde e promoção da segurança alimentar¹.

No Brasil, o PBF beneficiava famílias identificadas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo (CadÚnico)². No município de João Pessoa, localizado na região Nordeste, no ano de 2021 existiam cerca de 60 mil famílias recebendo o benefício do PBF, o que representava em torno de 20% da população total do município. Em Brasília, capital com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais alto e maior poder aquisitivo da população, o total de famílias beneficiárias no mesmo ano girava em torno de 89 mil, que era equivalente a 8% da população total².

A associação entre o PBF e a saúde da família foi amplamente estudada no Brasil, em anos posteriores à criação do programa, por meio da avaliação do estado nutricional, qualidade de vida e saúde de crianças^{3,4}, gestantes, idosos e adultos^{5,6}; avaliação da IA e de sua associação com o perfil socioeconômico^{4,5,6}.

Estudos demonstram que as mulheres brasileiras apresentam alta prevalência de ansiedade⁷, menores escores de QV⁸ e elevado índice de IA⁹, sendo IA leve e moderada vivenciada por 52,9% das mulheres e 11,1% em IA grave¹⁰. Os principais fatores de risco que podem contribuir para esses resultados são a situação econômica do país, os níveis de pobreza, desigualdade e desemprego¹¹. O benefício do PBF destinado a mulheres em idade reprodutiva era muito importante para a redução desta desigualdade em uma importante fase da vida afetando positivamente também a saúde infantil¹².

Este estudo teve o objetivo de mensurar o impacto do PBF no final do ano 2019 e início de 2020 na redução da IA, na promoção da qualidade de vida e na redução da ansiedade de mulheres na idade fértil em duas capitais com diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico, João Pessoa/PB e Brasília/DF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com gestantes e mulheres com filhos menores de 1 ano, usuárias do Sistema Único de Saúde e residentes em bairros pobres dos municípios de João Pessoa e Brasília.

A amostra deste estudo foi não probabilística e foram recrutadas mulheres saudáveis com filhos menores de 1 ano e gestantes com desenvolvimento normal da gestação, independente do período gestacional, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foram comparadas aquelas beneficiárias do PBF com as não beneficiárias, sendo todas SUS dependentes e residentes na mesma área de abrangência das UBS. Esta estratégia teve a finalidade de buscar mulheres o mais semelhante possível em relação às suas características sociais e econômicas.

Utilizou-se como base de cálculo para a estimativa mínima do tamanho da amostra em cada cidade a capacidade para descrever prevalências de eventos com frequência de 50%, com a finalidade de maximizar o tamanho amostral, e com erro aceitável de até quatro pontos percentuais, com 95% de confiança. Estes parâmetros estimaram o número mínimo em torno de 600 mulheres para cada município que foram divididas nos dois grupos de estudo, recebem e não recebem benefício, de acordo com a resposta referida das mulheres a esta questão^{13,14}.

Em João Pessoa, as mulheres foram selecionadas em 09 das 126 UBS existentes no município¹⁵. Em Brasília a coleta aconteceu em 10 das 176 UBS¹⁶. Nos dois municípios as UBS foram escolhidas em regiões de maior vulnerabilidade social. Durante o período da coleta, em dias alternados, nos meses de agosto a dezembro de 2019 em Brasília e nos meses de novembro de 2019 a março de 2020 em João Pessoa, todas as mulheres que acessavam o serviço foram convidadas a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi feita por entrevistadores devidamente treinados que aplicaram um questionário estruturado criado em forma digital no software *KoboToolbox®/KoboCollect*¹⁷ utilizando aparelhos celulares *smartphones*.

As características socioeconômicas investigadas foram idade, escolaridade, ocupação, estado civil, raça, recebimento ou não do PBF, número de moradores do domicílio e renda total familiar.

A avaliação da situação de Segurança Alimentar e dos diferentes níveis de IA foi feita por meio da aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA^{18,19}. A EBIA apresenta 14 questões de respostas dicotômicas referentes aos últimos três meses. As primeiras oito questões são aplicadas em todos os domicílios e as seis questões finais apenas

nos domicílios que apresentem moradores menores de 18 anos. A pontuação final é resultante do somatório de cada resposta positiva, que gera uma classificação do escore final para residências com ou sem menores de 18 anos¹⁹.

A avaliação da ansiedade foi realizada pela aplicação da escala de auto relato Inventário de Ansiedade Traço (IDATE_T) e Inventário de Ansiedade Estado (IDATE - E)²⁰. A primeira escala mede a característica da mulher em ter tendência a ansiedade, enquanto que a segunda mede a situação de ansiedade no momento da entrevista. Elas são compostas por vinte itens cada e quatro graus de intensidade (escala Likert) em cada item, onde seu escore varia de 20 a 80 pontos, sendo que os escores acima de 40 classificam a mulher em alta ansiedade e menores de 40 classificam em baixa ansiedade^{20,21,22,23}.

Para avaliação da qualidade de vida foi utilizada a escala *World Health Organization Quality of Life* na sua versão breve - WHOQOL – bref^{24,25}. Composto por 26 questões, duas questões gerais - uma relacionada à autoavaliação da qualidade de vida e a outra sobre a satisfação com a própria saúde e 24 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiental²⁶. A determinação dos escores dos domínios foi realizada através do valor da média da pontuação total de cada domínio multiplicando-se a média de todos os itens incluídos dentro de um domínio por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20. Posteriormente cada valor obtido foi convertido para uma escala de 0 a 100. Valores de escores mais altos indicam melhor qualidade de vida^{27,28}.

Para verificar as possíveis associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e para comparar as médias entre dois grupos foi utilizado o teste T-student para amostras independentes, sempre considerando nível de significância de 5%. Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 23.0.

Devido a diferença das mulheres entre os municípios, as análises foram feitas separadas para João Pessoa e para Brasília, buscando-se observar como o PBF afeta as mulheres em cada município. Em seguida observou-se que as mulheres não beneficiárias, residentes na mesma área, tinham maior renda familiar per capita, o que afetaria diretamente o desfecho de interesse, IA familiar, ansiedade e QV, independentemente do recebimento do PBF. Desta forma adotou-se o procedimento de excluir progressivamente do grupo das mulheres não beneficiárias aquelas com maior renda.

Foram feitas as comparações entre todas as mulheres dos dois grupos e depois, sucessivamente os mesmos grupos foram comparados excluindo-se 1) mulheres com renda

superior a R\$ 800,00 mensais per capita, 2) mulheres com renda superior a R\$ 700,00 mensais per capita, 3) mulheres com renda superior a R\$ 600,00 mensais per capita, 4) mulheres com renda superior a R\$ 500,00 mensais per capita, e finalmente 5) mulheres com renda superior a R\$ 400,00 mensais per capita. De acordo com os critérios de inclusão no PBF, estas exclusões aconteceram quase que exclusivamente nos grupos de mulheres não beneficiárias.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob o número CAAE: 09305918.3.0000.5188 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o número 06376819.7.0000.0030. Todos as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a pesquisa.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.382 mulheres, sendo das 555 mulheres em João Pessoa (298 gestantes e 257 mulheres com filhos menores de 1 ano) e 827 mulheres em Brasília (409 gestantes e 418 mulheres com filhos menores de 1 ano). Em João Pessoa, 52,6% das mulheres referiram ser beneficiárias do PBF e em Brasília esta frequência foi de 47,4%, o que definiu os primeiros grupos de comparação.

A média de idade das mulheres beneficiárias do PBF ou não foi semelhante: 26,27 (IC 95%: 25,59 – 26,94) vs 26,75 (IC 95%: 26,32 – 27,21). Entretanto os municípios diferiram com relação a auto referência de cor, escolaridade, renda familiar per capita e à ocupação (Tabela 1).

Quando se comparam os grupos dentro de cada cidade, diferenças foram observadas com relação a escolaridade, ter companheiro, renda, ocupação e número de moradores por domicílio, características relacionadas ao maior ou menor nível socioeconômico (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização das mulheres entrevistadas com relação às características sócio econômicas e em função do recebimento do benefício do Programa Bolsa Família. João Pessoa e Brasília, 2019-2020 (n=1.382).

VARIÁVEIS	João Pessoa		Brasília		Total JP	Total BSB
	Beneficiária (%)	Não Benef. (%)	Beneficiária (%)	Não Benef. (%)	(%)	(%)
	n=245	n=310	n=221	n=606	n=555	n=827
Raça						
Branca	20,8	22,9	15,4	16,3	22,0	16,1
Preta/Parda	72,2	69,4	79,6	77,9	70,6	78,4

Amarela/Indígena	6,1	6,8	4,1	5,4	6,5	5,1
S/INF	0,8	1,0	0,9	0,3	0,9	0,5
p-valor	0,770		0,686		0,007	
Escolaridade						
Ensino primário	30,6	7,7	14,0	6,4	17,8	8,5
Ensino fundamental	63,7	64,2	81,0	73,4	64,0	75,5
Ensino médio	2,4	3,9	2,3	3,8	3,2	3,4
Ensino superior/ Pós-graduação	2,9	24,2	2,7	16,2	14,8	12,6
S/INF	0,4	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
p-valor	<0,001		<0,001		<0,001	
Viver com companheiro						
Sim	71,4	84,2	62,4	76,4	78,6	72,7
Não	28,6	15,8	37,6	23,6	21,4	27,3
p-valor	<0,001		<0,001		0,013	
Renda familiar mensal per capita*						
≤ 54,36 USD (≤ R\$ 218,00)	56,7	13,9	60,6	16,3	32,8	28,2
54,61 – 124,19 USD (R\$ 219,00 - 498,00)	31,0	29,0	33,0	37,5	29,9	36,3
≥ 124,44 USD (R\$ 499,00)	10,6	54,8	6,3	46,2	35,3	35,6
S/INF	1,6	2,3	0,0	0,0	2,0	0,0
p-valor	<0,001		<0,001		0,044	
Moradores no domicílio						
Até 4	58,0	80,3	57,0	76,7	70,5	71,5
Mais que 4	42,0	19,7	43,0	23,3	29,5	28,5
p-valor	<0,001		<0,001		0,717	
Ocupação						
Empregada/Autônoma/Aposentada	20,4	51,0	22,6	44,4	37,5	38,6
Desempregada	48,2	25,8	21,3	15,7	35,7	17,2
Estudante/Dona de casa	31,4	22,9	55,2	39,4	26,7	43,7
S/INF	0,0	0,3	0,9	0,5	0,2	0,6
p-valor	<0,001		<0,001		<0,001	

JP: João Pessoa / BSB: Brasília

Teste Qui-quadrado de Pearson para valores de frequência

*Valores equivalentes a cotação do dólar em dezembro de 2019 (4,01 USD)

Nos dois municípios, os valores médios de renda familiar per capita são menores entre as mulheres pertencentes a famílias beneficiárias do PBF e, conseqüentemente, os desfechos qualidade de vida e ansiedade também são diferentes, como é mostrado na Tabela 2.

Diante das diferenças observadas na renda foram propostos limites de renda máximo das mulheres dos dois grupos de comparação e foi recalculada a média dos escores de qualidade de vida total e de cada domínio, assim como de ansiedade traço e estado. Os limites

estabelecidos foram de renda familiar per capita até R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 sucessivamente (Tabela 2).

A redução do limite de renda teve a função de formar grupos comparáveis, ou seja, os mais semelhantes possíveis, com exceção da característica de receber ou não o benefício do PBF. As comparações foram feitas para cada município de forma separada e os valores em negrito mostrados na Tabela 2 representam valores diferentes estatisticamente (p -valor $<0,05$).

Tabela 2: Comparação dos escores médios de qualidade de vida total e seus domínios, escore de ansiedade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, de todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020.

Limitação de renda máxima	Grupo de comparação	Renda per capita mensal média	Qualidade de vida total	Domínio físico	Domínio ambiental	Domínio social	Domínio psicológico	IDATE-T	IDATE-E
João Pessoa									
Todas	Beneficiária	227,86	68,98	66,5	56,1	66,8	65,3	41,4	40,0
(n= 555)	Não benef.	570,80	73,51	68,5	61,3	71,4	69,1	42,1	37,9
<800,00	Beneficiária	213,99	68,72	66,5	56,1	67,1	65,3	41,5	39,8
(n=482)	Não benef.	409,47	72,15	67,3	59,7	69,9	68,0	42,2	38,5
<700,00	Beneficiária	211,81	68,75	66,4	55,9	67,1	65,1	41,5	39,9
(n=468)	Não benef.	389,31	71,98	67,1	59,4	69,9	67,5	42,1	38,6
<600,00	Beneficiária	209,95	68,78	66,5	55,9	67,0	65,2	41,5	39,9
(n=440)	Não benef.	353,05	71,28	66,7	58,8	68,9	66,6	42,2	39,1
<500,00	Beneficiária	188,88	68,52	66,6	55,5	67,2	65,9	41,8	39,9
(n=416)	Não benef.	296,71	71,05	66,0	57,2	68,9	65,9	41,1	39,4
<400,00	Beneficiária	164,06	67,75	66,6	54,6	66,5	64,7	41,0	40,1
(n=318)	Não benef.	243,57	70,87	65,9	57,2	68,5	65,1	41,4	39,5
Brasília									
Todas	Beneficiária	218,28	69,74	60,7	49,1	65,3	63,9	45,2	45,7
(n=827)	Não benef.	571,92	71,58	64,4	55,2	68,6	67,1	42,7	43,0
<800,00	Beneficiária	200,95	69,55	61,0	49,1	65,3	63,9	45,7	45,7
(n=707)	Não benef.	378,75	70,73	63,2	53,2	67,1	65,7	43,7	43,7
<700,00	Beneficiária	195,98	69,44	61,1	49,0	65,4	63,9	45,2	45,7
(n=669)	Não benef.	348,76	70,64	63,1	52,8	66,7	65,5	43,8	43,7
<600,00	Beneficiária	192,04	69,48	61,1	48,9	65,2	63,8	45,3	45,7

(n=626)	Não benef.	317,81	70,06	62,6	52,2	66,0	64,5	44,3	44,2
<500,00	Beneficiária	182,32	69,41	61,1	48,7	65,4	63,9	45,2	45,7
(n=598)	Não benef.	271,69	69,21	62,3	51,7	65,3	64,0	44,7	44,6
<400,00	Beneficiária	165,85	69,10	61,2	48,0	64,8	63,9	45,2	45,8
(n=480)	Não benef.	242,11	68,08	61,9	51,6	65,5	63,8	44,9	44,9

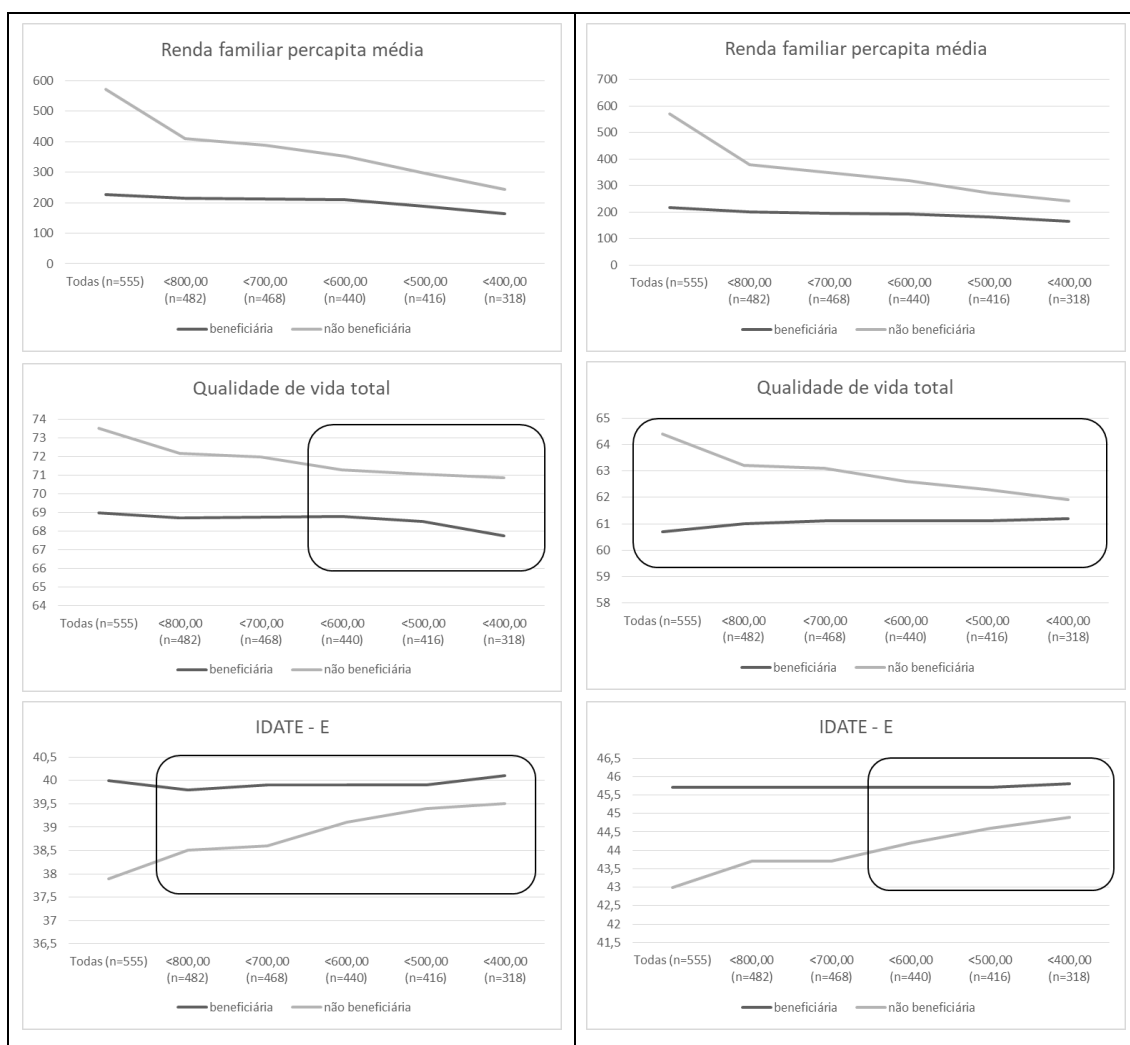
Os valores em negrito apresentam diferenças entre os valores médios ($p < 0,05$ - Teste T de student para amostras independentes)

Em Brasília, quando se formou novos grupos de análise, mesmo com a diferença de renda entre os grupos, os escores de QV total sempre foram semelhantes entre as mulheres beneficiárias e não beneficiárias, o que significa que outros fatores, além da renda fazem com que a medida de QV referida seja semelhante entre os grupos. O mesmo não acontece com a ansiedade, pois as mulheres com menor renda apresentam escores maiores de ansiedade, medidos pela escala do IDATE-E. Mas, quando limitamos o valor máximo da renda familiar per capita média das mulheres em R\$ 500,00, e reduzimos a diferença de renda entre os grupos, apesar das não beneficiárias ainda terem uma renda maior que as beneficiárias (R\$ 271,69 vs R\$ 182,32), os escores de ansiedade passaram a ser semelhantes.

Em João Pessoa foi observado um comportamento oposto com relação aos desfechos de ansiedade e QV total: mesmo com as mulheres não beneficiárias tendo uma renda per capita mensal média superior às beneficiárias (R\$ 409,47 vs R\$ 213,99, quando foi feito o primeiro limite máximo de R\$ 800,00), as médias dos escores de ansiedade foram semelhantes. Já a QV total apresentou diferenças entre os grupos, até quando foram formados grupos de comparação com renda per capita média mensal mais semelhantes, com limite máximo de R\$ 600,00. Neste limite as médias dos escores de QV tornaram-se semelhantes, apesar da renda ainda ser maior entre as não beneficiárias (R\$ 353,05 vs R\$ 209,95). Este fato observado pode ser observado mais claramente na Figura 1, onde as linhas dentro do quadrilátero apresentam valores que não são diferentes estatisticamente.

Figura 1: Comparação dos escores médios de qualidade de vida total e escore de ansiedade de mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, de todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020.

João Pessoa	Brasília
--------------------	-----------------



Os domínios específicos da QV tiveram comportamento semelhantes, ou seja, em Brasília se mostraram com médias de escores entre os grupos com semelhantes na maioria deles, enquanto em João Pessoa alguns domínios mostraram-se diferentes, na comparação entre os grupos. A exceção foi para o domínio ambiental que em ambos os municípios teve melhores médias de escores entre as mulheres não beneficiárias em praticamente todos os grupos de comparação.

O comportamento da IA familiar teve o mesmo padrão nos dois municípios, mostrando que existe clara diferença nas frequências de segurança e dos diferentes níveis de IA devido a diferença de renda familiar per capita média. Entretanto, reduzindo-se as diferenças de renda entre os grupos de comparação em ambos os municípios, mas ainda com as mulheres não beneficiárias tendo uma renda maior que as beneficiárias, R\$ 296,71 vs R\$ 188,88 em João Pessoa e R\$ 242,11 vs R\$ 165,85 em Brasília, as frequências deste desfecho não apresentaram diferenças significativamente diferentes (Tabela 3).

Tabela 3: Comparação das frequências de segurança alimentar e dos níveis de insegurança alimentar das mulheres beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família, todas as mulheres e com a exclusão progressiva das mulheres com renda familiar per capita mensal média maior que R\$ 800,00, R\$ 700,00, R\$ 600,00, R\$ 500,00 e R\$ 400,00 respectivamente. João Pessoa e Brasília, 2019 – 2020.

Limitação de renda máxima	Grupo de comparação	Renda per capita mensal média	% SA	% IA leve	% IA moderada	% IA grave	p-valor
			João Pessoa				
Todas (n= 555)	Beneficiária	227,86	30,2	44,9	16,3	8,6	<0,001
	Não benef.	570,80	55,2	32,9	9,7	2,3	
<800,00 (n=478)	Beneficiária	213,99	29,5	45,1	16,9	8,4	<0,001
	Não benef.	409,47	48,5	36,1	12,4	2,9	
<700,00 (n=464)	Beneficiária	211,81	29,7	45,3	16,5	8,5	<0,001
	Não benef.	389,31	47,4	36,8	12,7	3,1	
<600,00 (n=430)	Beneficiária	209,95	29,4	45,5	16,6	8,5	0,008
	Não benef.	353,05	43,6	37,9	14,9	3,6	
<500,00 (n=375)	Beneficiária	188,88	28,6	45,5	16,8	9,1	0,061
	Não benef.	296,71	40,0	38,1	17,4	4,5	
<400,00 (n=318)	Beneficiária	164,06	26,5	46,0	17,5	10,0	1,168
	Não benef.	243,57	35,6	39,8	19,5	5,1	
			Brasília				
Todas (n=827)	Beneficiária	218,28	28,5	43,9	18,1	9,5	<0,001
	Não benef.	571,92	45,4	39,1	12,9	2,6	
<800,00 (n=701)	Beneficiária	200,95	28,4	43,3	18,3	9,6	<0,001
	Não benef.	378,75	40,2	41,6	15,1	3,1	
<700,00 (n=666)	Beneficiária	195,98	27,8	44,0	18,5	9,7	0,001
	Não benef.	348,76	37,8	43,1	15,8	3,3	
<600,00 (n=626)	Beneficiária	192,04	27,2	44,6	18,3	9,9	0,007
	Não benef.	317,81	35,8	43,5	17,0	3,8	
<500,00 (n=598)	Beneficiária	182,32	26,4	45,2	18,3	10,1	0,033
	Não benef.	271,69	32,6	45,4	17,8	4,2	
<400,00 (n=480)	Beneficiária	165,85	25,6	46,2	17,9	10,3	0,079
	Não benef.	242,11	31,2	45,3	18,9	4,6	

Os valores em negrito apresentam diferenças significativas entre: 1- os valores médios da renda per capita média mensal de cada grupo (p <0,05 - Teste T-student para amostras independentes). 2- As frequências de segurança e os diferentes níveis de insegurança alimentar de cada grupo (p<0,05 – Teste Qui-quadrado de Pearson)

DISCUSSÃO

Estes resultados mostraram que, além da renda, outros fatores podem influenciar positivamente na situação de ansiedade e QV das mulheres, bem como na situação de IA familiar das famílias beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda.

No caso deste estudo, a principal diferença entre os grupos de comparação que pode impactar positivamente nos desfechos estudados foi o recebimento do PBF de mulheres gestantes e com filhos menores de um ano nas duas capitais com diferentes características sociodemográficas. Outras características que apresentaram diferença na comparação total dos grupos foram a escolaridade, viver com companheiro, número de moradores no domicílio e ocupação. Estas quatro características são desfavoráveis para o grupo de beneficiárias do PBF a saber, elas declararam menor escolaridade, menor frequência de convívio com companheiro, maior número de moradores no domicílio e finalmente maior frequência de desemprego. Desta forma é pouco provável que seja esta diferença a impactar positivamente, sobrando o recebimento do bolsa família, ainda que o valor da renda família per capita média não seja equivalente entre os grupos.

Outro resultado importante foi a observação de comportamentos opostos para os desfechos QV e ansiedade nas duas capitais avaliadas, João Pessoa e Brasília. A primeira está localizada na região Nordeste, uma das regiões mais pobres do país, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0.763 e PIB per capita anual de R\$ 25.035,80. Enquanto Brasília, capital do país é considerada uma das mais ricas e encontra-se na região Centro-oeste, uma região desenvolvida com IDH-M de 0.824 e PIB per capita anual de R\$ 85.661,39²⁹.

O PBF era considerado um dos maiores projetos de transferência condicional monetária do mundo. Este programa beneficiava mais de 13 milhões de famílias por ano e teve importante contribuição para reduzir a pobreza, a desigualdade e a IA no Brasil^{30,31,32}. A pobreza, no Brasil, concentra-se na maior parte entre mulheres, negros e pessoas residentes em áreas rurais³⁰.

A maioria das mulheres entrevistadas que referiram receber benefício, em ambas as cidades, se auto declarou, preta/parda e com nível de escolaridade baixa e renda familiar de até 1 salário mínimo (R\$ 998,00), com quatro ou cinco moradores no domicílio, confirmando a correta focalização do programa e tal como é observado também em outros municípios, como Petrolina/PE, de acordo com estudo de Soares e colaboradores⁹.

Esta renda declarada coloca essas mulheres e suas respectivas famílias abaixo da linha de pobreza ou de extrema pobreza que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística³³ corresponde a rendas inferiores a R\$ 406,00 per capita mensal ou R\$ 140,00 per capita mensal, respectivamente.

Como a amostragem realizada foi direcionada para os grupos de menor renda, a proporção de mulheres que referiram receber PBF em João Pessoa (52,6%) e em Brasília (47,4%) não refletem a frequência real de recebimento deste benefício nos respectivos municípios. Estudos mostram que municípios mais ricos tem menores proporções de famílias beneficiárias do PBF quando comparado com municípios mais pobres, como é o caso do trabalho de Silva e colaboradores³⁴ que identificou em São Luís, município com menor IDH, frequência do recebimento do benefício de 52,8% das famílias e em Ribeirão Preto esta mesma proporção foi de 22,4%.

Outros estudos confirmam que o recebimento de benefícios dos programas de transferência condicionada de renda também tem associação com a melhoria da QV e da saúde mental dos seus beneficiários e que são mais eficientes que outras intervenções de redução da pobreza^{35,36,37}.

A medida da QV é sempre relativa e pode apresentar grandes variações quando acessadas em lugares diferentes. Estudo realizado com gestantes e puérperas residentes em uma cidade no interior do Rio Grande do Sul, cadastradas nas UBS verificou que a maioria delas avaliou sua QV geral como “boa” e estavam “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” com sua saúde e o domínio psicológico foi o que apresentou maior pontuação média³⁸. Já outra pesquisa realizada com gestantes no estado de Piauí, encontrou que 53,8% das gestantes consideravam-se “insatisfeitas” na avaliação geral da satisfação com a QV⁸ e gestantes do Estado do Acre também apresentaram menores escores de qualidade de vida e as menores médias para domínio psicológico e ambiental³⁹.

Uma avaliação objetiva das diferenças regionais e seus impactos nas medidas de QV avaliadas pelo mesmo instrumento necessita ser realizada para o melhor entendimento deste fenômeno, mas inicialmente pode-se considerar que maior desenvolvimento econômico e maior acesso a renda e serviços tem impacto direto na QV, assim como confirmar que o grupo populacional de mulheres durante seu ciclo reprodutivo é muito sensível e vulnerável a estas diferenças.

O acesso a diferentes programas governamentais, apoiados pelos programas de transferência de renda aumentam ou estabilizam as rendas familiares e melhoram as

condições de vida daqueles que os recebem⁴⁰. Neste trabalho foi demonstrada a importância do PBF, mesmo não igualando os valores de rendimento entre os grupos comparados, tanto em Brasília como em João Pessoa, possivelmente a segurança ou a estabilização da renda, possibilitou a igualdade das condições de segurança alimentar familiar, ansiedade e QV materna entre o grupo de beneficiárias em relação às não beneficiárias do PBF em duas cidades diferentes e as diferenças observadas em função das características das cidades fortalecem os achados deste trabalho.

Em uma revisão sistemática a respeito dos efeitos das transferências de renda sobre os determinantes sociais de saúde na África Subsaariana foi evidenciado que as transferências de renda, tanto condicionais quanto incondicionais, mostraram potencial para melhorar a saúde mental⁴¹. Nesse sentido pior qualidade de vida e a maior frequência de ansiedade podem estar associadas a uma menor renda familiar em razão das dificuldades em satisfazer às necessidades de sua família e com a falta de apoio psicológico e social^{42,43}.

O PBF garantia um incremento da renda familiar e tinha como objetivo a promoção da segurança alimentar³². Um estudo de acompanhamento de famílias realizado em municípios do interior da Paraíba, realizado por Cabral e colaboradores⁴⁴ observou redução da IA moderada ou grave nas famílias que recebiam o benefício, porém nos nossos resultados ficou mais evidente, a partir da comparação realizada, observar o impacto não monetário do PBF, uma vez que se trata de um estudo transversal e, portanto, não temos mais de uma informação de cada família. De fato, em função da focalização do programa, a frequência de IA, em seus diferentes níveis, foi percebida com maior frequência entre as mulheres que recebiam o benefício em ambas as cidades. Condições socioeconômicas, a exemplo da raça/cor, nível de escolaridade, estado civil e participação em programas sociais são descritas como fatores que aumentam a exposição à IA em mulheres^{45,46,47,48}. As frequências observadas são semelhantes a um estudo realizado em Petrolina com mulheres participantes de outro programa social para garantia de moradia própria, onde a IA foi de 53,4%⁹.

Buscou-se uma amostra com número suficiente de mulheres de baixa renda para se poder fazer comparações entre grupos, no caso mulheres pertencentes a famílias beneficiárias do programa bolsa família e aquelas de nível socioeconômico semelhantes, porém não beneficiárias, em cada município, assim como poder fazer comparações entre os municípios.

Por questões operacionais não foi possível realizar uma amostragem aleatória das mulheres beneficiárias do PBF utilizando o rol de beneficiárias das secretarias municipais,

uma vez que as estruturas administrativas de cada município eram diferentes e o acesso a esta listagem pouco viável. Desta forma optou-se por utilizar um método de amostragem por conveniência, buscando mulheres nas UBS's e realizando a classificação dos grupos a posteriori.

Como não foi feita nenhuma seleção ou classificação das mulheres nas UBS e a inclusão delas na pesquisa foi exclusivamente devido a entrada no serviço, seja para consulta de pré-natal, puerpério, vacina dos filhos ou alguma intercorrência, a amostragem se aproxima de uma amostra aleatória, desta forma os resultados deste trabalho podem ser representativos de mulheres com perfil sócio econômico semelhantes aos descritos neste trabalho, para ambos os municípios, e consequentemente para municípios com características parecidas à João Pessoa e Brasília, como já descrito anteriormente.

Os desfechos analisados neste trabalho foram segurança alimentar e os diferentes níveis de IA domiciliar, a qualidade de vida, descrita com seus respectivos domínios e a ansiedade das mulheres as medidas destas variáveis foram descritas para cada município, buscando as diferenças e semelhanças entre elas em função do recebimento do benefício do PBF. Os resultados apresentados foram estratificados pela renda familiar média per capita, em função da renda ter comprovadamente associação com estes desfechos^{7,8,9,10,11}.

Observou-se no grupo que não recebe o benefício do PBF uma maior dispersão dos valores de renda per capita média família mensal, de modo que neste grupo se encontravam pessoas elegíveis e não elegíveis ao recebimento do benefício. Por este motivo as análises realizadas consistiram em retirar, paulatinamente, os valores de maiores rendas e comparar, entre os grupos, a situação dos desfechos analisados neste trabalho. Desta forma, observou-se nos dois municípios, que apesar dos valores de renda média ainda serem diferentes, onde as rendas das famílias beneficiárias do PBF ainda eram menores, as situações de segurança alimentar familiar domiciliar, qualidade de vida e ansiedade materna se igualavam, demonstrando um efeito de impacto não monetário positivo devido ao recebimento do benefício.

Mais interessante ainda foi observar que este efeito teve comportamento diferente entre as cidades, a saber, João Pessoa, município mais pobre e com menos recursos e equipamentos sociais apresentou maiores diferenças na qualidade de vida total, enquanto que em Brasília não foi observada diferença dos escores médios deste desfecho entre os grupos, apesar das diferenças de renda existentes. Comportamento oposto foi observado com a variável ansiedade, onde as maiores diferenças foram observadas em Brasília,

eventualmente devido ao maior custo de vida ou a uma menor rede de apoio social, enquanto em João Pessoa, as diferenças de renda entre os grupos não foram suficientes para diferenciar os escores médios de ansiedade.

Diferente deste padrão, o componente de qualidade de vida relacionado ao ambiente sempre foi diferente entre os grupos comparados em Brasília e em grande medida em João Pessoa. Este domínio trata de aspectos relacionados à segurança, poluição, clima, trânsito, cuidados sociais, lazer, recursos financeiros, oportunidades³⁸ e isto precisa ser melhor estudado.

Com relação a segurança e os diferentes níveis de IA, as maiores diferenças entre grupos foi observada em Brasília, provavelmente devido à maior dificuldade de acesso em função dos custos dos alimentos. Mas em ambos os municípios observou-se um impacto positivo do recebimento do PBF, uma vez que ainda com diferenças de rendas per capita médias, com maiores rendimentos entre as não beneficiárias, as frequências dos níveis de IA foram semelhantes entre os grupos, provavelmente em função da estabilidade e segurança do recebimento do benefício.

A pobreza, a limitação da renda e a IA expressa na incapacidade de adquirir alimentos em qualidade e quantidade suficientes é preocupante no grupo estudado, mulheres gestantes e com filhos menores de um ano, por limitar a capacidade de satisfazer as necessidades nutricionais específicas dessa fase da vida, o que pode afetar a saúde dessas e de seus respectivos filhos^{48,49}. Esta situação desigual e desfavorecida ainda reduz a QV e aumenta os níveis de ansiedade, prejudicando a saúde mental destas mulheres, que por sua vez, influencia negativamente no cuidado materno⁵⁰ e favorece a manutenção inter geracional da pobreza^{51,52}.

CONCLUSÃO

Este trabalho demonstrou o importante papel do programa de transferência de renda PBF para a redução da IA domiciliar, melhoria da qualidade de vida e redução da ansiedade em mulheres durante seu ciclo reprodutivo, gestantes e mulheres com filhos menores de um ano. Os resultados foram consistentes em dois municípios diferentes onde os fenômenos analisados se comportaram de forma também diferente, de acordo com cada localidade.

O impacto observado pode ser atribuído à segurança, estabilidade e à garantia do recebimento do recurso, uma vez que ainda com rendimentos diferentes entre os grupos de

famílias comparadas, os desfechos foram semelhantes, mostrando que além da renda, provavelmente a segurança e a estabilidade do recebimento do benefício ajudam a reduzir as desigualdades sociais estudadas. Seria importante estudar o comportamento específico de alguns componentes da QV, bem como o efeito das condicionalidades do PBF.

Estes resultados indicam que programas sociais voltados para este grupo populacional devem ser, além de adequados, seguros e estáveis. Estas conclusões extrapolam os contextos analisados e devem ser considerados na formulação de políticas públicas para redução das desigualdades sociais e garantir os direitos básicos fundamentais, a cidadania e a dignidade humana.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as participantes da pesquisa, à equipe da coleta de dados, em especial a Professora Dra. Muriel Bauermann Gubert e a Laura Mendes Toledo Dal'Ava dos Santos que coordenaram a coleta de dados em Brasília. Às Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa/PB e Brasília/DF. E ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro para execução da pesquisa, advindo da chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAB/CGAN N° 13/2017.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JDGRS trabalhou na pesquisa, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo; RLFCL no delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada. MACBMV na pesquisa, criação do banco de dados e redação do artigo. KRAC na redação do artigo e análise crítica. E RPTV no delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Medida Provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2003.

2. Brasil. Programa Bolsa Família. [Internet]. 2021. [Acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>
3. Oliveira AS et al. Desmistificando o programa bolsa família: impactos na vida e no estado nutricional dos beneficiários. *CATUSSABA-ISSN 2237-3608* 2014; 4(1): 17-31.
4. Faria LAN, Pena APSAA. Análise do impacto do programa bolsa família em relação ao estado nutricional de crianças de zero a sete anos pertencentes às famílias beneficiárias do programa no município de Pará de Minas, Minas Gerais, no período de 2007/2008. *SYNTHESIS| Revistal Digital FAPAM* 2016; 1(1): 344-354.
5. Pinto CA et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750* 2016; 7(1):46-46.
6. Araújo AA, Santos, ACO. Segurança alimentar e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife–Pernambuco. *Revista de APS* 2017; 19(3).
7. Schiavo RDA et al. Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas. *Trends in Psychology* 2018; 26:2091-2104.
8. Abreu k et al. Qualidade de vida de gestantes acompanhadas na atenção primária à saúde. *Saúde Redes* 2019; 5(1): 59-73.
9. Soares JMD. (In) Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. *Rev. bras. ciênc. Saúde* 2020; 37-44.
10. Penssan, R. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar. *Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil*. [Internet]. 2021. Disponível em: http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf
11. Costa COD et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2019; 68:92-100.
12. Bernal RTI 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* 2019; 22.
13. Dean AG. OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health. [Internet]. 2013. Disponível em: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
14. Fleiss JL et al. *Statistical methods for rates and proportions*. 2013. John wiley & sons.

15. PMJP/PB. Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB. Distritos Sanitários. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/servico/distrito-sanitario/>.
16. INFOSAÚDE-DF. Secretaria de saúde do Distrito Federal. Unidades básicas de saúde. [Internet]. 2021. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/atencao-primaria-estabelecimentos-saude/>
17. KoBoToolBox. Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org>
18. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar 2013. Rio de Janeiro: Brazilian Institute of Geography and Statistics Work and Income Coordination. 2014. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2013/default.shtm
19. Segall-Corrêa AM. Refinement of the Brazilian household food insecurity measurement scale: Recommendation for a 14-item EBIA. *Revista de Nutrição* 2014; 27:241–25.
20. Biaggio AMB, Natalício L. Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). *Rio de Janeiro: CEPA*; 1979.
21. Spielberger CD et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto. 1970. CA: Consulting Psychologists Press.
22. Flaherman VJ et al. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Maternal & child nutrition* 2016; 12(3):463-472.
23. Souza LR et al. Uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e sua relação com a redução de ansiedade puerperal em uma maternidade da Rede SUS de Aracaju. *Research, Society and Development* 2021; 10(5): e21410514899-e21410514899.
24. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine* 1998; 28(3):551-558.
25. Fleck M et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de saúde pública* 2000; 34(2):178-183.
26. Fleck MPA. Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. *Porto Alegre: Artmed* 2008.
27. Pedroso B et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. *Revista brasileira de qualidade de vida* 2010; 2(1):31-36.

28. Pedroso B. Revista Brasileira de Qualidade de Vida, e depois? A trajetória das ferramentas para o cálculo dos escores e estatística descritiva dos instrumentos WHOQOL-100/WHOQOL-bref. *Rev Brasileira de Qualidade de Vida* 2020; 8 (1):1-7.
29. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal das cidades. [Internet]. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>
30. Ford KJ et al. Health outcomes of the Bolsa Família program among Brazilian Amazonian children. *Revista de saúde pública* 2020; 54, 2.
31. Palmeira PA et al. Effects of family income and conditional cash transfers on household food insecurity: evidence from a longitudinal study in Northeast Brazil. *Public health nutrition* 2019; 23 (4):756–767.
32. Silva Júnior AED et al. Tendência do estado nutricional de gestantes adolescentes beneficiárias do programa de transferência condicionada de renda brasileiro Bolsa Família no período 2008-2018. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26:2613-2624.
33. IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro. p 69. 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
34. Silva FDS. Foco e cobertura do programa Bolsa Família em crianças das coortes de nascimento BRISA, Ribeirão Preto (São Paulo) e São Luís (Maranhão), Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2019; 35.
35. Lund C et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The lancet* 2011; 378(9801):1502-1514.
36. Prado MDCR. Stress, Depressão e qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda. *Interação em Psicologia* 2017; 20(3).
37. Rosalini MHP et al. Qualidade de vida, coesão e adaptabilidade em famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24:307-314.
38. Schumacher LM et al. Relação da qualidade de vida com dados sociodemográficos e nutricionais de gestantes e puérperas. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2020;33.
39. Santos AB. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. *Cogitare Enfermagem* 2015; 20(2).
40. Palmeira PA et al. Multisectoral government programs and household food insecurity: evidence from a longitudinal study in the semiarid area of northeast, Brazil. *Food Security* 2021; 13 (3):525-538.

41. Owusu-Addo E et al. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health policy and planning* 2018; 33(5): 675–696.
42. Kim GE, Kim EJ. Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. *BMC psychiatry* 2020; 20(1):1-10.
43. Kliemann A et al. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 2017; 25(2):69-76.
44. Cabral CS et al. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; 30:393-402.
45. Gamba R et al. Household Food Insecurity Is Not Associated with Overall Diet Quality Among Pregnant Women in NHANES 1999-2008. *Maternal and child health journal* 2016; 20(11):2348–2356.
46. Oliveira ACM. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017; 22(2):519-526.
47. Power M et al. Food insecurity and mental health: An analysis of routine primary care data of pregnant women in the Born in Bradford cohort. *J Epidemiol Community Health* 2017, 71(4):324-328.
48. Demétrio F et al. Food insecurity in pregnant women is associated with social determinants and nutritional outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020; 25:2663-2676.
49. Ramalho AA et al. Insegurança alimentar durante a gravidez em uma coorte materno-infantil na Amazônia Ocidental. *Nutrients* 2020; 12 (6):1578.
50. Perez-Escamilla F, Vianna RPT. Food Insecurity and the Behavioral and Intellectual Development of Children: A Review of the Evidence. *Journal of Applied Research on Children* 2012; 3 (1):9.
51. Cook J, Frank D. Food security, poverty, and human development in the United States. *Annals of the new York Academy of Sciences* 2008; 1136 (1):193-209.
52. Reis M. Food insecurity and the relationship between household income and children's health and nutrition in Brazil. *Health economics* 2012; 21 (4): 405-427.

ANEXOS

ANEXO A: Questionário da coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

NOME DO ENTREVISTADOR

1. QUESTIONÁRIO APLICADO NA UNIDADE DE SAÚDE:

Escrever o nome da Unidade de Saúde que esta sendo feito a entrevista.

DADOS DA MÃE

3. QUAL O NOME DA SENHORA? *

4. CRITÉRIO DE INCLUSÃO: *

☐ Gestante

☐ Puérpera

5. QUAL A DATA DE NASCIMENTO DA SENHORA? *

yyyy-mm-dd

6. A SENHORA ACEITA RECEBER LIGAÇÃO DO COORDENADOR DA EQUIPE? *

Essa ligação será apenas para confirmarmos algumas respostas, de perguntas aleatórias, dadas ao entrevistador

☐ Sim

☐ Não

7. QUAL O CONTATO DA SENHORA? *

COM DDD

8. A SENHORA OU ALGUÉM QUE MORE EM SUA CASA RECEBE AJUDA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA? *

☐ Sim

☐ Não

9. QUAL A SOMA DAS RENDAS DE TODOS OS QUE MORAM NA SUA CASA, INCLUINDO TAMBÉM O BOLSA FAMÍLIA OU QUALQUER AJUDA DO GOVERNO QUE VOCÊ RECEBA? *

10. QUANTAS PESSOAS MORAM ATUALMENTE NA SUA CASA, INCLUINDO CRIANÇAS E ADULTOS? *

11. QUAL O ESTADO CIVIL DA SENHORA? * ☐ Solteira ☐ Casada/União estável ☐ Divorciada/Viúva/Separada ☐ Não quis informar
12. ATÉ QUE ANO A SENHORA ESTUDOU? * <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Primário incompleto (ensino infantil - 6 a 12 anos) ☐ Primário completo (ensino infantil - 6 a 12 anos) ☐ Secundário incompleto (ensino fundamental e médio - 13 a 18 anos) ☐ Secundário completo (ensino fundamental e médio - 13 a 18 anos) ☐ Curso técnico/ profissionalizante incompleto ☐ Curso técnico/ profissionalizante ☐ Curso superior ☐ Pós graduação incompleta ☐ Pós graduação ☐ NS/NR
13. QUAL A OCUPAÇÃO DA SENHORA? * <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Tem trabalho ☐ Desempregada/Procurando emprego ☐ Autônoma ☐ Aposentada/Pensionista ☐ Estudante/Dona de casa ☐ NS/NR
14. A SENHORA VIVE COM O COMPANHEIRO? * ☐ Sim ☐ Não
15. A SUA COR/RAÇA É: * <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Branca ☐ Preta/Parda ☐ Amarela/Indígena ☐ NS/NR

ANTROPOMETRIA MULHER GESTANTE OU LACTANTE

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU PESO E ALTURA	
16. PESO AFERIDO (KG)	*
17. ESTATURA (CM)	*
18. QUAL SEU PESO PRÉ-GESTACIONAL? <i>Ver no cartão da gestante</i>	*
19. QUAL A DATA DE SUA ÚLTIMA MENSTRUACÃO? <i>Ver no cartão da gestante</i> yyyy-mm-dd	*
20. QUAL SEU PESO NO FINAL DA GESTAÇÃO (KG)? <i>Ver no cartão da gestante</i>	*

ANTROPOMETRIA E DADOS DO BEBÊ

FAREI PERGUNTAS SOBRE SEU BEBÊ	
21. QUAL A DATA DE NASCIMENTO DO SEU BEBÊ? yyyy-mm-dd	*
22. SEU BEBÊ NASCEU DE: <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Parto vaginal (normal) ☐ Parto Cirúrgico (cesárea) ☐ NS/NR	*
23. SEU BEBÊ NASCEU PREMATURO? ☐ Sim ☐ Não	*
24. QUAL O PESO DO BEBÊ AO NASCER? (KG) <i>VERIFIQUE A CADERNETA DO BEBÊ</i>	*

25. QUAL O COMPRIMENTO DO BEBÊ AO NASCER? (CM) <i>VERIFIQUE A CADERNETA DO BEBÊ</i>	*
26. SEU BEBÊ JÁ FOI INTERNADO POR: <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Diarreia ☐ Pneumonia ☐ Nenhuma das opções acima	*
27. SEU BEBÊ TEVE DIARREIA NO ÚLTIMO MÊS? ☐ Sim ☐ Não	*
28. SEU BEBÊ TEVE FEBRE NO ÚLTIMO MÊS? ☐ Sim ☐ Não	*
29. SEU BEBÊ TEVE TOSSE NO ÚLTIMO MÊS? ☐ Sim ☐ Não	*
30. ÚLTIMO PESO (KG) DO BEBÊ AFERIDO EM CONSULTA E REGISTRADO NA CADERNETA:	*
30A. DATA DA AFERIÇÃO: yyyy-mm-dd	*
31. ÚLTIMO COMPRIMENTO (CM) DO BEBÊ AFERIDO EM CONSULTA E REGISTRADO NA CADERNETA:	*
31A. DATA DA AFERIÇÃO: yyyy-mm-dd	*

32. A SENHORA RECEBEU VISITA DO AGENTE DE SAÚDE OU ENFERMEIRO EM SUA CASA, NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA DO BEBÊ?	*
☐ Sim ☐ Não	
33. O BEBÊ MAMOU NO PEITO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	

ALEITAMENTO MATERNO

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO SEU BEBÊ

34. ALÉM DO LEITE MATERNO, A SENHORA JÁ DEU, ALGUMA VEZ, PARA O SEU BEBÊ, ÁGUA, CHÁ OU ALGUM OUTRO ALIMENTO?	*
☐ Sim ☐ Não	
35. A CRIANÇA ONTEM TOMOU LEITE DO PEITO?	*
☐ Sim ☐ Não	
36. A CRIANÇA ONTEM TOMOU ÁGUA?	*
☐ Sim ☐ Não	
37. A CRIANÇA ONTEM TOMOU CHÁ?	*
☐ Sim ☐ Não	
38. A CRIANÇA ONTEM TOMOU SUÇO?	*
☐ Sim ☐ Não	
39. A CRIANÇA ONTEM TOMOU OUTRO LEITE, SEM SER LEITE DO PEITO (LEITE DE VACA, DE SOJA OU FÓRMULA INFANTIL)?	*
☐ Sim ☐ Não	

39A. QUAL TIPO DE LEITE?	*
☐ Leite de vaca ☐ Leite de soja ☐ Fórmula infantil	
39B. QUAL O NOME DA FÓRMULA INFANTIL QUE SEU FILHO TOMOU?	
40. A CRIANÇA ONTEM COMEU FRUTA?	*
☐ Sim ☐ Não	
41. A CRIANÇA ONTEM COMEU PAPINHA DE FRUTA OU SAL COM LEITE?	*
☐ Sim ☐ Não	
42. A CRIANÇA ONTEM COMEU CARNE OU OVO?	*
☐ Sim ☐ Não	
43. A SENHORA OU ALGUÉM COZINHOU SEPARADO OS ALIMENTOS DA CRIANÇA OU ELA COMEU O MESMO QUE A FAMÍLIA COMEU?	*
☐ Cozinhou separado ☐ Comeu o mesmo que a família ☐ Não comeu	
44. A CRIANÇA ONTEM TOMOU REFRIGERANTE OU SUCO DE CAIXINHA (DELL VALE)?	*
☐ Sim ☐ Não	
45. A CRIANÇA ONTEM COMEU BISCOITO RECHEADO?	*
☐ Sim ☐ Não	
46. A CRIANÇA ONTEM COMEU MACARRÃO INSTANTÂNEO (MIOJO)?	*
☐ Sim ☐ Não	
47. A CRIANÇA ONTEM COMEU SALGADINHO DE PACOTE (FANDANGOS, CHEETOS)?	*
☐ Sim ☐ Não	

48. DESDE ONTEM ATÉ HOJE, A CRIANÇA USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	*
☐ Sim ☐ Não	
49. DESDE ONTEM ATÉ HOJE, A CRIANÇA USOU CHUPETA?	*
☐ Sim ☐ Não	

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - PIPAS

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO SEU BEBÊ

Caso não tenha perguntas é por que a criança não se enquadra para as respostas.

» Crianças com 0 meses a 3 meses e 29 dias

50. SUA CRIANÇA JUNTA AS MÃOS?	*
DOMÍNIO MOTOR ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
51. QUANDO ESTÁ DEITADA DE COSTAS, SUA CRIANÇA MEXE OS BRAÇOS E AS PERNAS COMO SE ESTIVESSE PEDALANDO?	*
DOMÍNIO MOTOR ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
52. SUA CRIANÇA EMITE ALGUM TIPO DE SOM QUE NÃO SEJA CHORO?	*
DOMÍNIO LINGUAGEM ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
53. QUANDO VOCÊ SORRI E CONVERSA COM SUA CRIANÇA, ELA RESPONDE COM SORRISO E SONS?	*
DOMÍNIO LINGUAGEM ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
54. SUA CRIANÇA REAGE A SONS?	*
DOMÍNIO LINGUAGEM ☐ Sim	

☐ Não ☐ Não sabe	
55. SUA CRIANÇA SEGUE COM OS OLHOS O MOVIMENTO DE UM BRINQUEDO? <i>DOMÍNIO COGNIÇÃO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
56. SUA CRIANÇA DEMONSTRA GOSTAR OU NÃO DE ALGUMA COISA? <i>DOMÍNIO COMPORTAMENTO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
57. SUA CRIANÇA FIXA O OLHAR NO SEU ROSTO? <i>DOMÍNIO COMPORTAMENTO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
58. É DIFÍCIL ACALMAR SUA CRIANÇA? <i>DOMÍNIO COMPORTAMENTO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
» Crianças de 4 meses a 6 meses e 29 dias	
59. SUA CRIANÇA QUANDO SENTADA COM O APOIO CONSEGUE MANTER A CABEÇA FIRME, SEM BALANÇAR POR ALGUNS MOMENTOS? <i>DOMÍNIO MOTOR</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
60. SUA CRIANÇA SEGURA OBJETOS? <i>DOMÍNIO MOTOR</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
61. QUANDO DEITADA DE BRUÇOS SUA CRIANÇA CONSEGUE LEVANTAR A CABEÇA E SE APOIAR NOS ANTEBRAÇOS? <i>DOMÍNIO MOTOR</i>	*

☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	
62. SUA CRIANÇA TENTA APANHAR UM BRINQUEDO QUE ESTÁ À SUA FRENTE? <i>DOMÍNIO MOTOR</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
63. SUA CRIANÇA TENTA CONVERSAR COM VOCÊ? <i>DOMÍNIO LINGUAGEM</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
64. SUA CRIANÇA PROCURA ATIVAMENTE O SEU OLHAR? <i>DOMÍNIO COGNIÇÃO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
65. É DIFÍCIL ACALMAR SUA CRIANÇA? <i>DOMÍNIO COMPORTAMENTO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*
66. SUA CRIANÇA DEMONSTRA GOSTAR OU NÃO DE ALGUMA COISA? <i>DOMÍNIO COMPORTAMENTO</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	*

CONSUMO ALIMENTAR DA MULHER

AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE O QUAIS ALIMENTOS A SENHORA TEM CONSUMIDO

67. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA, A SENHORA COSTUMA COMER PELO MENOS UM TIPO DE VERDURA OU LEGUME (ALFACE, TOMATE, COUVE, CENOURA, CHUCHU, BERINJELA, ABOBRINHA)? * <i>Não vale batata, mandioca ou inhame</i> ☐ 1 a 2 dias por semana ☐ 3 a 4 dias por semana ☐ 5 a 6 dias por semana ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo) ☐ Quase nunca ☐ Nunca
68. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA, A SENHORA COSTUMA COMER SALADA DE ALFACE E TOMATE OU SALADA DE QUALQUER OUTRA VERDURA OU LEGUME CRU? * ☐ 1 a 2 dias por semana ☐ 3 a 4 dias por semana ☐ 5 a 6 dias por semana ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo) ☐ Quase nunca ☐ Nunca
69. NUM DIA COMUM A SENHORA COME ESTE TIPO DE SALADA: * ☐ No almoço (1 vez no dia) ☐ No jantar (1 vez no dia) ☐ No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)
70. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA, A SENHORA COSTUMA COMER VERDURA OU LEGUME COZIDO JUNTO COM A COMIDA OU NA SOPA, COMO POR EXEMPLO, COUVE, CENOURA, CHUCHU, BERINJELA, ABOBRINHA? * <i>Sem contar batata, mandioca ou inhame</i> ☐ 1 a 2 dias por semana ☐ 3 a 4 dias por semana ☐ 5 a 6 dias por semana ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo) ☐ Quase nunca ☐ Nunca
71. NUM DIA COMUM A SENHORA COME VERDURA OU LEGUME COZIDO: * ☐ No almoço (1 vez no dia) ☐ No jantar (1 vez no dia) ☐ No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

72. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA, A SENHORA COSTUMA TOMAR SUCO DE FRUTAS NATURAL? *

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

73. NUM DIA COMUM, QUANTOS COPOS A SENHORA TOMA DE SUCO DE FRUTAS NATURAL? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 ou mais

74. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA A SENHORA COSTUMA COMER FRUTAS? *

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

75. NUM DIA COMUM, QUANTAS VEZES A SENHORA COME FRUTAS? *

- ☐ 1 vez no dia
- ☐ 2 vezes no dia
- ☐ 3 ou mais vezes no dia

76. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA A SENHORA COSTUMA TOMAR REFRIGERANTE OU SUCO EM PÓ (TANG, MID OU FRESH)? *

- ☐ 1 a 2 dias por semana
- ☐ 3 a 4 dias por semana
- ☐ 5 a 6 dias por semana
- ☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- ☐ Quase nunca
- ☐ Nunca

77. QUE TIPO?	*
☐ Normal ☐ diet/zero/light ☐ Ambos	
78. QUANTOS COPOS/LATINHAS COSTUMA TOMAR POR DIA?	*
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais ☐ Não sabe	

» GRUPOS DE ALIMENTOS

AGORA VOU LISTAR ALGUNS ALIMENTOS E GOSTARIA QUE A SENHORA ME DISSESSE SE COMEU ALGUM DELES ONTEM (DESDE QUANDO ACORDOU ATÉ QUANDO FOI DORMIR).

» » Grupo de alimentos 1

A) ONTEM A SENHORA COMEU ALFACE, COUVE, BRÓCOLIS, AGRIÃO OU ESPINAFRE?	*
☐ Sim ☐ Não	
B) ONTEM A SENHORA COMEU ABÓBORA, CENOURA, BATATA-DOCE OU QUIABO/CARURU?	*
☐ Sim ☐ Não	
C) ONTEM A SENHORA COMEU MAMÃO, MANGA, MELÃO AMARELO OU PEQUI?	*
☐ Sim ☐ Não	
D) ONTEM A SENHORA COMEU TOMATE, PEPINO, ABOBRINHA, BERINJELA, CHUCHU OU BETERRABA?	*
☐ Sim ☐ Não	
E) ONTEM A SENHORA COMEU LARANJA, BANANA, MAÇÃ, OU ABACAXI?	*
☐ Sim ☐ Não	

F) ONTEM A SENHORA COMEU ARROZ, MACARRÃO, POLENTA, CUZCUZ OU MILHO VERDE?	*
☐ Sim ☐ Não	
G) ONTEM A SENHORA COMEU FEIJÃO, ERVILHA, LENTILHA OU GRÃO DE BICO?	*
☐ Sim ☐ Não	
H) ONTEM A SENHORA COMEU BATATA COMUM, MANDIOCA, CARÁ OU INHAME?	*
☐ Sim ☐ Não	
I) ONTEM A SENHORA COMEU CARNE DE BOI, PORCO, FRANGO OU PEIXE?	*
☐ Sim ☐ Não	
J) ONTEM A SENHORA COMEU OVO FRITO, COZIDO OU MEXIDO?	*
☐ Sim ☐ Não	
K) ONTEM A SENHORA TOMOU LEITE?	*
☐ Sim ☐ Não	
L) ONTEM A SENHORA COMEU AMENDOIM, CASTANHA DE CAJU OU CASTANHA DO BRASIL/PARÁ?	*
☐ Sim ☐ Não	

» » Grupo de alimentos 2

A) ONTEM A SENHORA TOMOU REFRIGERANTE?	*
☐ Sim ☐ Não	
B) ONTEM A SENHORA TOMOU SUCO DE FRUTA EM CAIXA, CAIXINHA OU LATA (COMO DEL VALLE)?	*
☐ Sim ☐ Não	
C) ONTEM A SENHORA TOMOU REFRESCO EM PÓ (COMO TANG OU KI SUCO?)	*
☐ Sim ☐ Não	

D) ONTEM A SENHORA TOMOU BEBIDA ACHOCOLATADA (COMO TODINHO OU TODDY)?	*
☐ Sim	
☐ Não	
E) ONTEM A SENHORA TOMOU IOGURTE COM SABOR?	*
☐ Sim	
☐ Não	
F) ONTEM A SENHORA COMEU SALGADINHO DE PACOTE (OU CHIPS) OU BISCOITO/BOLACHA SALGADO?	*
☐ Sim	
☐ Não	
G) ONTEM A SENHORA COMEU BISCOITO/BOLACHA DOCE, BISCOITO RECHEADO OU BOLINHO DE PACOTE?	*
☐ Sim	
☐ Não	
H) ONTEM A SENHORA COMEU CHOCOLATE, SORVETE, GELATINA, FLAN OU OUTRA SOBREMESA INDUSTRIALIZADA?	*
☐ Sim	
☐ Não	
I) ONTEM A SENHORA COMEU SALSICHA, LINGUIÇA, MORTADELA OU PRESUNTO?	*
☐ Sim	
☐ Não	
J) ONTEM A SENHORA COMEU PÃO DE FORMA, DE CACHORRO QUENTE OU DE HAMBÚRGUER?	*
☐ Sim	
☐ Não	
K) ONTEM A SENHORA COMEU MAIONESE, KETCHUP OU MOSTARDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	
L) ONTEM A SENHORA COMEU MARGARINA?	*
☐ Sim	
☐ Não	
M) ONTEM A SENHORA COMEU MACARRÃO INSTANTÂNEO (COMO MIOJO), SUCO DE PACOTE, LASANHA CONGELADA OU OUTRO PRATO PRONTO COMPRADO CONGELADO?	*
☐ Sim	
☐ Não	

80. A SENHORA CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA?	*
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Não quis informar	
81. COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA COSTUMA CONSUMIR ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA?	*
☐ 1 a 2 dias por semana	
☐ 3 a 4 dias por semana	
☐ 5 a 6 dias por semana	
☐ todos os dias (inclusive sábado e domingo)	
☐ Quase nunca	
82. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, A SENHORA CHEGOU A CONSUMIR 4 OU MAIS DOSES DE BEBIDA ALCOÓLICA EM UMA ÚNICA OCASIÃO?	*
<i>4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>	
☐ Sim	
☐ Não	
83. EM QUANTOS DIAS DO MÊS ISTO OCORREU?	*
☐ Em um único dia do mês	
☐ em 2 dias	
☐ em 3 dias	
☐ em 4 dias	
☐ em 5 dias	
☐ em 6 dias	
☐ em 7 ou mais dias	
☐ Não sabe	
84. ATUALMENTE, A SENHORA FUMA?	*
☐ Sim, diariamente	
☐ Sim, mas não diariamente	
☐ Não	

85. QUANTOS CIGARROS A SENHORA FUMA POR DIA? *

- ☐ 1 a 4
- ☐ 5 a 9
- ☐ 10 a 14
- ☐ 15 a 19
- ☐ 20 a 29
- ☐ 30 a 39
- ☐ 40 ou mais

86. QUANTOS CIGARROS A SENHORA FUMA POR SEMANA? *

- ☐ 1 a 4
- ☐ 5 a 9
- ☐ 10 a 14
- ☐ 15 a 19
- ☐ 20 a 29
- ☐ 30 a 39
- ☐ 40 ou mais

EBIA - CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O ACESSO SEU E DE SUA FAMÍLIA AOS ALIMENTOS

» EBIA - Subgrupo 1 - Critérios Econômicos

87. NOS ÚLTIMOS 3 MESES A SENHORA, OU ALGUM MORADOR DESTE DOMICÍLIO, TEVE PREOCUPAÇÃO DE QUE A COMIDA ACABASSE ANTES QUE TIVESSEM DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

88. NOS ÚLTIMOS 3 MESES OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE A SENHORA TIVESSE DINHEIRO PARA COMPRAR OU PRODUZIR MAIS COMIDA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

89. NOS ÚLTIMOS 3 MESES A SENHORA FICOU SEM DINHEIRO PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

» EBIA - Subgrupo 2 - Aspectos Econômicos (cont.)

90. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, A SENHORA OU ALGUM ADULTO EM SUA CASA, COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, PORQUE O DINHEIRO ACABOU?	*
☐ Sim ☐ Não	
91. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, A SENHORA OU ALGUM ADULTO EM SUA CASA DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR A COMIDA?	*
☐ Sim ☐ Não	
92. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, A SENHORA OU ALGUM ADULTO EM SUA CASA, ALGUMA VEZ, COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVIA, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	*
☐ Sim ☐ Não	
93. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUM ADULTO EM SUA CASA, ALGUMA VEZ, SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU PORQUE NÃO TINHA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	*
☐ Sim ☐ Não	
94. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUM ADULTO EM SUA CASA, ALGUMA VEZ, FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO NO DIA OU FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER PORQUE NÃO TINHA DINHEIRO PARA COMPRAR A COMIDA?	*
☐ Sim ☐ Não	
95. TEM MORADOR MENOR DE 18 ANOS NESSA CASA?	*
☐ Sim ☐ Não	

96. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, ALGUMA VEZ, DEIXOU DE TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

» EBIA - Menores

97. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, ALGUMA VEZ, NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE DE COMIDA, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR A COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

98. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUMA VEZ, FOI DIMINUÍDA A QUANTIDADE DE ALIMENTOS DAS REFEIÇÕES DE ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO SUFICIENTE PARA COMPRAR A COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

99. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUMA VEZ, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR A COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

100. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUMA VEZ, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

101. NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES, ALGUMA VEZ, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA OU FICOU SEM COMER POR UM DIA INTEIRO, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	*
☐ Sim	
☐ Não	

SAÚDE DA MULHER

AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE SUA SAÚDE

102. A SENHORA JÁ FOI INTERNADA ALGUMA VEZ DURANTE SUA VIDA POR MOTIVO DE DOENÇA?	*
☐ Sim	
☐ Não	
☐ Não Sabe	

103. A SENHORA TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? * <i>Leia todas as opções, exceto a última</i> ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
104. DURANTE A GESTAÇÃO, A SENHORA ADQUIRIU ALGUMA DAS SEGUINTE DOENÇAS: ☐ Diabetes gestacional ☐ Hipertensão/Pré-eclâmpsia ☐ Toxoplasmose ☐ Dengue/Zica/Chikungunya ☐ Nenhuma das listadas acima
105. QUAL O NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS QUE A SENHORA REALIZOU ATÉ O MOMENTO? *
106. QUAL O NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS A SENHORA REALIZOU DURANTE A GESTAÇÃO? *
107. SUA GRAVIDEZ FOI/É: * ☐ Simples ☐ Múltipla
108. SUA GRAVIDEZ FOI PLANEJADA, OU SEJA, A SENHORA PLANEJOU ENGRAVIDAR E TER O BEBÊ? * ☐ Sim ☐ Não
109. SUA GRAVIDEZ FOI DESEJADA, OU SEJA, DEPOIS QUE DESCOBRIU ESTAR GRÁVIDA A SENHORA QUIS TER O BEBÊ? * ☐ Sim ☐ Não
110. A SENHORA RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA UBS OU DO AGENTE DE SAÚDE? * ☐ Sim ☐ Não
111. A SENHORA RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DURANTE AS CONSULTAS PRÉ-NATAIS NA UBS OU DO AGENTE DE SAÚDE? * ☐ Sim ☐ Não

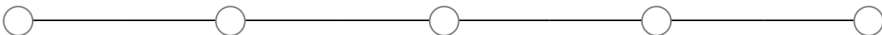
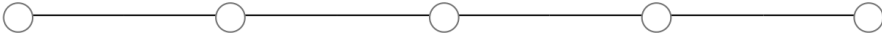
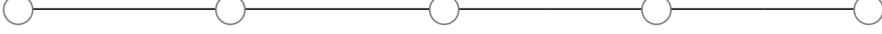
112. A SENHORA PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA (PALESTRA, RODA DE CONVERSA, GRUPOS) SOBRE AMAMENTAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO?	*
☐ Sim ☐ Não	
113. A SENHORA FEZ A REVISÃO DO PARTO OU ALGUMA CONSULTA ATÉ O DÉCIMO DIA APÓS O PARTO?	*
☐ Sim ☐ Não	
114. A SENHORA FEZ OU RECEBEU ALGUMA CONSULTA NOS PRIMEIROS 42 DIAS APÓS O PARTO?	*
☐ Sim ☐ Não	
115. ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE A SENHORA TEM PRESSÃO ALTA?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra	
116. ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE A SENHORA TEM DIABETES?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não lembra	
117. A SENHORA FEZ, DURANTE A GESTAÇÃO, ALGUMA VEZ, EXAME GINECOLÓGICO PREVENTIVO (PAPANICOLAU)?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe/Não lembra	

QUALIDADE DE VIDA

AGORA, FAREI PERGUNTAS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DA SENHORA	
118. COMO A SENHORA AVALIARIA SUA QUALIDADE DE VIDA? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa	
119. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM A SUA SAÚDE? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	

120. EM QUE MEDIDA A SENHORA ACHA QUE SUA DOR (FÍSICA) A IMPEDE DE FAZER O QUE A SENHORA PRECISA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
121. O QUANTO A SENHORA PRECISA DE ALGUM TRATAMENTO MÉDICO PARA LEVAR SUA VIDA DIÁRIA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
122. O QUANTO A SENHORA APROVEITA A VIDA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
123. EM QUE MEDIDA A SENHORA ACHA QUE A SUA VIDA TEM SENTIDO? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
124. O QUANTO A SENHORA CONSEGUE SE CONCENTRAR? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
125. QUÃO SEGURA A SENHORA SE SENTE EM SUA VIDA DIÁRIA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
126. QUÃO SAUDÁVEL É O AMBIENTE FÍSICO (CLIMA, BARULHO, POLUIÇÃO, ATRATIVOS) DA SENHORA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
127. A SENHORA TEM ENERGIA SUFICIENTE PARA O SEU DIA-A-DIA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
128. A SENHORA É CAPAZ DE ACEITAR SUA APARÊNCIA FÍSICA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>

129. A SENHORA TEM DINHEIRO SUFICIENTE PARA SATISFAZER SUAS NECESSIDADES? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Nada Muito pouco Médio Muito Completamente
130. QUÃO DISPONÍVEIS PARA A SENHORA ESTÃO AS INFORMAÇÕES QUE PRECISA NO SEU DIA-A-DIA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Nada Muito pouco Médio Muito Completamente
131. EM QUE MEDIDA A SENHORA TEM OPORTUNIDADES DE ATIVIDADE DE LAZER? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Nada Muito pouco Médio Muito Completamente
132. QUÃO BEM A SENHORA É CAPAZ DE SE LOCOMOVER? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito ruim Ruim Nem ruim, nem bom Bom Muito bom
133. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM O SEU SONO? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita
134. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTA COM SUA CAPACIDADE DE DESEMPENHAR AS ATIVIDADES DO SEU DIA-A-DIA? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita
135. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM SUA CAPACIDADE PARA O TRABALHO? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita
136. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ CONSIGO MESMO? * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita

137. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM SUAS RELAÇÕES PESSOAIS (AMIGOS, PARENTES, CONHECIDOS, COLEGAS)? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
138. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM SUA VIDA SEXUAL? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
139. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM O APOIO QUE RECEBE DE SEUS AMIGOS? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
140. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM AS CONDIÇÕES DO LOCAL ONDE MORA? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
141. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM O SEU ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
142. QUÃO SATISFEITA A SENHORA ESTÁ COM SEU MEIO DE TRANSPORTE? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Muito insatisfeita Insatisfeita Nem satisfeita, nem insatisfeita Satisfeita Muito satisfeita	*
143. COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA TEM SENTIMENTOS NEGATIVOS TAIS COMO MAU HUMOR, DESESPERO, ANSIEDADE, DEPRESSÃO? <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>  Nunca Algumas vezes Frequentemente Muito frequentemente Sempre	*

ANSIEDADE

FAREI PERGUNTAS SOBRE COMO A SENHORA SE SENTE NO SEU DIA A DIA

» IDATE T

144. SINTO-ME BEM *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

145. CANSO-ME FACILMENTE *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

146. TENHO VONTADE DE CHORAR *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

147. GOSTARIA DE PODER SER TÃO FELIZ QUANTO OUTROS PARECEM SER *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

148. PERCO OPORTUNIDADES PORQUE NÃO CONSIGO TOMAR DECISÕES RAPIDAMENTE *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

149. SINTO-ME DESCANSADA *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)"

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

150. SOU CALMA, PONDERADA E SENHORA DE MIM MESMO *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

151. SINTO QUE AS DIFICULDADES ESTÃO SE ACUMULANDO DE TAL FORMA QUE NÃO CONSIGO RESOLVER *

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

152. PREOCUPO-ME DEMAIS COM COISAS SEM IMPORTÂNCIA * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
153. SOU FELIZ * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
154. DEIXO-ME AFETAR MUITO PELAS COISAS * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
155. NÃO TENHO MUITA CONFIANÇA EM MIM MESMO * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
156. SINTO-ME SEGURA * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
157. EVITO TER QUE ENFRENTAR CRISES OU PROBLEMAS * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
158. SINTO-ME DEPRIMIDA * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre
159. ESTOU SATISFEITA * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ○ ○ ○ ○ Quase nunca Às vezes Frequentemente Quase sempre

160. IDEIAS SEM IMPORTÂNCIA ME ENTRAM NA CABEÇA E FICAM ME PREOCUPANDO * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre
161. LEVO OS DESAPONTAMENTOS TÃO SÉRIOS QUE NÃO CONSIGO TIRÁ-LOS DA CABEÇA * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)".</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre
162. SOU UMA PESSOA ESTÁVEL * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre
163. FICO TENSA, PERTURBADA QUANDO PENSO NOS MEUS PROBLEMAS NO MOMENTO * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre

» IDATE E

164. SINTO-ME CALMA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
165. SINTO-ME SEGURA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
166. ESTOU TENSA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
167. ESTOU ARREPENDIDA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO

168. SINTO-ME À VONTADE * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
169. SINTO-ME PERTUBADA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
170. ESTOU PREOCUPADA COM POSSÍVEIS INFORTÚNIOS * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
171. SINTO-ME DESCANSADA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
172. SINTO-ME ANSIOSA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
173. SINTO-ME "EM CASA" * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
174. SINTO-ME CONFIANTE * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
175. SINTO-ME NERVOSA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
176. ESTOU AGITADA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>

177. SINTO-ME UMA PILHA DE NERVOS * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
178. ESTOU DESCONTRAÍDA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
179. SINTO-ME SATISFEITA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
180. ESTOU PREOCUPADA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
181. SINTO-ME SUPER EXCITADA E CONFUSA * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
182. SINTO-ME ALEGRE * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>
183. SINTO-ME BEM * <i>Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.</i>

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética – UFPB

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE GESTANTES, NUTRIZES E SEUS FILHOS ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

Pesquisador: Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09305918.3.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.235.526

Apresentação do Projeto:

As famílias extremamente pobres recebem um benefício básico no valor de R\$85,00 e as famílias pobres recebem benefícios variados, de acordo com sua composição, podendo acumular até cinco benefícios de R\$ 39,0 por família (BRASIL, MDS, 2017). Dentre os benefícios variados estão aqueles destinados às gestantes e às nutrizes, que podem receber até nove parcelas do benefício durante a gravidez e a até seis parcelas nos primeiros seis meses após o parto. Estes benefícios têm a finalidade de fornecer ajuda financeira durante o período gestacional e puerpério, tendo como condicionalidades a beneficiária de comparecer a todas as consultas de pré-natal marcadas no calendário estipulado pelo Ministério da Saúde e participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável (BRASIL, MDS, 2017).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos, que recebem o benefício variável destinado às gestantes e nutrizes, em comparação com aquelas que não recebem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esses aspectos foram considerados pelo responsável da pesquisa.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.235.526

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo científico de interesse social e científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade com as recomendações deste CEP.

Recomendações:

Referir a Resolução 466/12 do CONEP no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1263345.pdf	11/02/2019 17:24:03		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/02/2019 17:23:33	Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	28/11/2018 16:54:37	Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	28/11/2018 16:54:13	Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.doc	28/11/2018 16:53:59	Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/11/2018 16:47:12	Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.235.526

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Abril de 2019

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

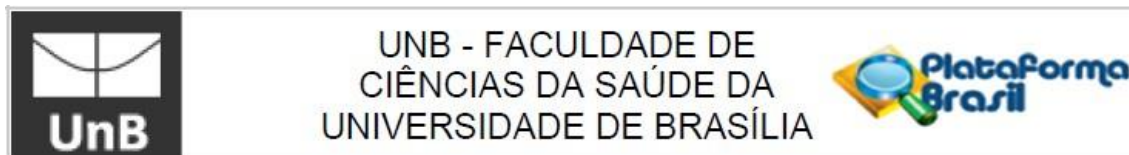
UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO C: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética – UnB**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE E FILHO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06376819.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.259.467

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência condicionada de renda destinado a famílias pobres que entre seus benefícios inclui uma ajuda específica para mulheres gestantes e nutrízes, com a finalidade de fornecer ajuda financeira durante o período gestacional e puerpério, tendo como condicionalidades a beneficiária de comparecer à todas as consultas de pré-natal previamente agendadas e participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. O objetivo desta proposta de pesquisa é avaliar o impacto deste programa na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos até completarem seis meses de idade, em duas capitais com diferente nível de desenvolvimento socioeconômico, considerando, além do atendimento às condicionalidades, o ciclo gestacional, ganho e redução de peso materno, a forma e duração do aleitamento materno, a introdução adequada de alimentação complementar, a ocorrência de morbidades comuns na infância, a avaliação do desenvolvimento infantil, a qualidade da alimentação das mulheres e a situação de insegurança alimentar das respectivas famílias.

Trata-se de um estudo transversal com duas amostras representativas de gestantes e nutrízes com filhos até seis meses de idade, elegíveis para o recebimento do benefício variável do Programa Bolsa Família do município de Brasília-DF. Comporão a amostra pelo menos 622

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

mulheres, distribuídas nos dois grupos de comparação de tamanho equivalentes, formados por aquelas que recebem o benefício e as que, embora elegíveis, não recebem benefício. Serão feitas entrevistas domiciliares por uma equipe previamente treinada que aplicará um questionário com perguntas fechadas e serão feitas consultas aos cartões da gestante e da criança (quando for o caso) para a coleta de informações retrospectivas. A amamentação da criança será avaliada pela técnica do current status, serão utilizados marcadores para identificar a qualidade da alimentação das mães, o desenvolvimento da criança será avaliado segundo o protocolo de Denver II e a insegurança alimentar será medida pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. No momento da entrevista as mulheres e crianças serão devidamente pesadas e medidas de acordo com as recomendações da OMS. Todas as mulheres assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido declarando concordar com a participação na pesquisa e todos os procedimentos seguirão as normas de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Espera-se com esta pesquisa descrever e avaliar o impacto deste importante programa de transferência de renda, especialmente considerando um grupo vulnerável que são as mulheres durante o período gestacional e durante o puerpério, bem como seus filhos durante os primeiros meses de vida. Os resultados poderão fornecer subsídios para o aprimoramento do programa e identificação de ações complementares para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, possibilitando a formação de novas gerações mais aptas para o pleno desenvolvimento e favorecendo o rompimento do ciclo geracional da pobreza no nosso País."

Metodologia Proposta:

"Estudo transversal com duas amostras representativas de gestantes e nutrízes com filhos até seis meses de idade, elegíveis para o recebimento do benefício variável do Programa Bolsa Família do município de Brasília-DF (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM Em Brasília, 311 mulheres (50%) serão sorteadas aleatoriamente (sorteio simples) a partir da lista atualizada das beneficiárias dos benefícios destinados às gestantes e nutrízes da Secretaria de Desenvolvimento Social do Município. Outras 311 mulheres, que completarão a amostra desejada, serão selecionadas de acordo com a proximidade do seu local de residência com cada mãe sorteada aleatoriamente, atendendo o critério de estar grávida ou com filho menor de um ano, ter renda semelhante aos critérios de elegibilidade para receber o benefício do PBF, porém sem recebê-lo, de modo a compor um grupo comparável com o primeiro segundo características sociais e acesso a serviços de saúde. COLETA DOS DADOS As entrevistas serão feitas nas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

residências das mulheres incluídas no estudo e serão coletadas informações das mulheres, de suas famílias e de seu(s) filho(s), quando estes já tiverem nascidos. Todas as entrevistas serão realizadas por entrevistadores previamente treinados e será aplicado um questionário pré-codificado com questões fechadas. Os dados serão coletados com o auxílio de tablets com o registro digital imediato das informações coletadas.

VARIÁVEIS DO ESTUDO Serão coletadas informações de todos integrantes das famílias das mulheres selecionadas considerando sexo, idade, chefe do domicílio, relação de parentesco com o chefe, escolaridade, atividade principal e rendimento monetário mensal.

Estas informações servirão para caracterizar a amostra e permitir fazer as comparações entre os grupos com o devido controle das possíveis diferenças socioeconômicas. Será avaliada a situação de segurança ou dos diferentes níveis de insegurança alimentar familiar de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (IBGE, 2014; SEGALL-CORRÊA et al., 2014). Também serão coletadas as informações disponíveis no cartão da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e no cartão da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), para aquelas com filho nascido vivo. Sobre a gestação serão registrados o número de consultas (considerando o mês atual da gestação), o registro de alguma intercorrência, os antecedentes gestacionais, se a gestante é portadora de alguma doença crônica, os resultados dos últimos exames realizados, se é uma gestação de risco, se o gráfico de acompanhamento da gestação está devidamente preenchido e, em caso positivo esta evoluindo como esperado, data da última menstruação, peso pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação, altura, se a gravidez era esperada, acompanhamento vacinal e hábitos declarados de tabagismo e consumo de álcool. Serão coletadas também informações sobre consumo alimentar materno, utilizando o questionário de marcadores alimentares disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sobre a criança menor de seis meses, serão coletadas informações presentes na caderneta da criança com relação à data de nascimento, ao tipo de parto, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, idade gestacional, apgar no 1º e 5º minutos, resultados dos exames de triagem neonatal, tempo de permanência na maternidade. O crescimento da criança será observado nas medidas sucessivas registradas no cartão e será verificado tanto a adequação das consultas como a velocidade do crescimento de acordo com os padrões da OMS. A adequação do atendimento ao calendário vacinal também será registrada. As gestantes serão questionadas acerca de intercorrências de saúde com seus respectivos filhos, nos últimos 15 dias, com ênfase para: infecção respiratória aguda, otite e diarreias e sobre a ocorrência de alguma internação desde o nascimento."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

Critério de Inclusão:

"Gestantes, Nutrizes ou com filhos até seis meses de vida e que recebem o benefício do Bolsa Família. Gestantes, Nutrizes ou com filhos com menos de um ano de vida, que moram próximo ao local de residência das mães que são beneficiárias, tem renda semelhante aos critérios de elegibilidade para receber o benefício do PBF, mas que não o recebem."

Não há menção aos critérios de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos, que recebem o benefício variável destinado às gestantes e nutrizes, em comparação com aquelas que não recebem, em Brasília."

"Objetivo Secundário:

- 1- Comparar o número de consultas pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 2- Comparar o mês de início do pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 3- Comparar o comparecimento a atividades educativas sobre amamentação e alimentação saudável entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 4- Comparar o ganho de peso gestacional, peso ao nascer, redução de peso pós-parto entre os grupos de estudo;
- 5- Avaliar e comparar a prática de aleitamento materno exclusivo e do uso de fórmulas infantis durante os 6 primeiros meses de vida da criança entre os grupos de estudo;
- 6- Medir e comparar as ocorrências de infecção respiratória aguda, otite, diarreia e internação hospitalar das crianças menores de seis meses entre os grupos de estudo;
- 7- Estimar e comparar a situação de insegurança alimentar familiar entre os grupos de estudo;
- 8- Aferir a qualidade da alimentação das mulheres no período de gestação e amamentação e confrontar os resultados entre os grupos de estudo;
- 9- Verificar e comparar a frequência de consumo de alimentos ultra processados pelas gestantes e das nutrizes entre os grupos de estudo;
- 10- Medir e comparar o desenvolvimento infantil das crianças até o sexto mês de vida entre os grupos de estudo de Brasília;"

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa sobre as práticas de alimentação da criança. No entanto, de maneira a minimizá-lo será enfatizada que a participação é voluntária e sigilosa, não sendo divulgados qualquer forma de identificação dos participantes. Ainda, o participante tem a liberdade de recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, em qualquer questão que lhe traga constrangimento, sem nenhuma penalização."

Benefícios:

"A presente proposta de pesquisa deverá trazer importantes subsídios para os tomadores de decisão sobre os impactos do Programa Bolsa Família, especificamente do benefício variável destinado a gestantes e nutrizes, sobre o atendimento às condicionalidades e, além disso, dos efeitos que o benefício produz na saúde das mulheres e seus respectivos filhos. Este resultado é especialmente importante por se tratar de um grupo vulnerável e que sobrecarrega o sistema de saúde com muitas demandas que poderiam ser diminuídas com, por exemplo, maior e melhor atendimento às consultas pré-natal e conhecimento de opções saudáveis de alimentação. Assim os resultados esperados deste projeto estão divididos em dois importantes campos, o das políticas públicas e a produção do conhecimento científico. No primeiro caso estão os produtos voltados diretamente para os gestores e tomadores de decisão, que é justamente a o reconhecimento dos pontos fortes do programa e a indicação das suas limitações. Neste sentido espera-se fornecer subsídios para o aprimoramento do programa e identificação de ações complementares para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, que a longo prazo deverá possibilitar a formação de novas gerações mais saudáveis e, portanto, menos dependente dos cuidados de saúde, sendo aptas para o seu pleno desenvolvimento e favorecendo assim o rompimento do ciclo geracional da pobreza no nosso País. No segundo campo do conhecimento, espera-se a produção de artigos científicos que descrevam o percurso metodológico utilizado neste projeto como ferramenta para formação de novos cientistas e que os resultados possam ser divulgados nos meios acadêmicos possibilitando conhecer melhor os fatores relacionados aos processos de saúde e doença no grupo materno infantil. Espera-se importantes resultados sobre o ciclo gestacional, tanto sobre o ganho adequado de peso como a redução pós-parto, considerando este ciclo um possível risco para a epidemia de obesidade enfrentada atualmente em todo mundo. Sobre a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900

UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

sua participação se dará por meio de um questionário que você deverá responder [...]”. O trecho entre colchetes, localizado no 4º parágrafo, também foi corrigido e retirados a marcação em amarelo e os colchetes.

ANÁLISE: as correções solicitadas foram realizadas. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 Observar que, se as participantes da pesquisa serão gestantes e nutrizes, a redação deverá ser "a senhora..." ao invés de "o(a) senhor(a)..." Adequar ao longo de todo o texto do documento.

RESPOSTA: Todos os trechos com "o(a) senhor(a)..." localizados nos parágrafos 1º, 3º, 5º, 7º e 10º foram trocados para "a Senhora", tendo em vista o público alvo da pesquisa de apenas mulheres.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3 Após inserir os riscos da participação na pesquisa, mencionar maneiras de minimizá-los, conforme descrito no projeto.

RESPOSTA: A esse trecho foram adicionadas as seguintes informações: "Contudo, com objetivo de minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, ainda, caso durante a entrevista alguma pergunta cause incômodo a senhora pode se recusar a responder sem que haja prejuízo ou danos."

ANÁLISE: a correção solicitada foi realizada. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4 Inserir os benefícios diretos da participação na pesquisa.

RESPOSTA: Foram adicionadas as seguintes informações ao quinto parágrafo: "estará contribuindo para o entendimento dos benefícios do programa Bolsa Família em relação ao cumprimento das condicionalidades propostas pelo PBF e dos efeitos que o benefício produz na saúde das gestantes, nutrizes e seus respectivos filhos."

ANÁLISE: esses não são benefícios diretos às participantes. Benefícios diretos seriam a orientação nutricional da participantes, por exemplo. Entende-se que a pesquisadora não contempla qualquer benefício direto com a participação na pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.5 Inserir um número de telefone para ligações a cobrar, uma vez que o telefone do Departamento de Nutrição disponibilizado no TCLE não recebe ligações a cobrar. Retirar ainda a restrição de horário para ligações.

RESPOSTA: No sétimo parágrafo, o telefone do Departamento de Nutrição foi retirado e acrescentado o seguinte número: (61) 981239710, disponível inclusive para ligação a cobrar, sem

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

de vinculá-lo ao CEP-FEPECS, para que uma vez que o projeto seja aprovado, seja replicado automaticamente via Plataforma Brasil para apreciação por aquele CEP.

RESPOSTA: O Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF foi vinculado ao projeto ao adicionar a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde como instituição coparticipante na página 5 da Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1249443.pdf	27/02/2019 16:30:16		Aceito
Outros	CartaRespPendenciasCEPFS.doc	27/02/2019 16:27:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/02/2019 15:14:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/02/2019 15:13:10	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/02/2019 14:53:56	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Curriculo_RodrigoPdeToledoVianna.pdf	21/01/2019 14:18:57	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.docx	20/01/2019 15:27:14	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Impacto_do_PBF.pdf	20/01/2019 15:26:39	MURIEL BAUERMANN	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.pdf	20/01/2019 15:26:39	GUBERT	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoCEP.pdf	20/01/2019 15:17:46	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	termoDeConcessao_chamada13_2017.pdf	20/01/2019 15:15:59	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermRespCompromPesq_Muriel.pdf	20/01/2019 15:15:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPPEPESQ.pdf	18/01/2019 22:53:41	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	18/01/2019 22:45:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.doc	18/01/2019 14:02:15	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_LauraMTDalava_.pdf	07/01/2019 19:51:38	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_MurielBGubert_.pdf	07/01/2019 19:48:05	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI.docx	07/01/2019 19:36:27	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_SAOSEBASTIAO.pdf	07/01/2019 19:35:15	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_PARANOIA.pdf	07/01/2019 19:35:03	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ITAPOA.pdf	07/01/2019 19:34:52	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_VARJAO.pdf	07/01/2019 19:34:32	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TAI_RF22.pdf	07/01/2019 19:34:18	MURIEL BAUERMANN	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

Justificativa de Ausência	TAI_RF22.pdf	07/01/2019 19:34:18	GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF2.pdf	07/01/2019 19:33:18	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ESTRUTURAL.pdf	07/01/2019 19:33:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_CEILANDIA.pdf	07/01/2019 19:32:51	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/12/2018 11:14:52	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.doc	15/04/2019 10:59:36	Marie Togashi	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.pdf	15/04/2019 10:59:49	Marie Togashi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de Abril de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

ANEXO D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UFPB**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE GESTANTES, NUTRIZES E SEUS FILHOS ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA, desenvolvida pela pesquisadora Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima, professora do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba. O objetivo do estudo é avaliar a saúde de gestantes/nutrizas beneficiárias e não- beneficiárias (mas, elegíveis) do PBF, a fim de verificar se o benefício tem impacto positivo nos desfechos de saúde desta população. Desta forma a finalidade desta pesquisa é comparar entre as mulheres que recebem o benefício para gestantes e as que são elegíveis para o recebimento, mas, que não o recebem, alguns indicadores entre eles podem ser citados: o mês de início do pré-natal, o número de consultas pré-natal, o comparecimento às atividades educativas sobre alimentação saudável e amamentação, o ganho de peso gestacional, redução de peso após o parto, peso ao nascer dos seus respectivos filhos e a ocorrência de complicações na gestação e no puerpério, registradas no cartão da gestante.

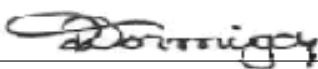
Para tanto, solicitamos sua colaboração para que possamos realizar uma entrevista sobre suas condições de vida, características da sua família, sobre a sua saúde, a saúde dos membros da sua família, bem como avaliar a situação de segurança ou insegurança alimentar no seu domicílio.

Também solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revistas científicas, sempre mantendo em sigilo a identificação de todos os participantes desta pesquisa. Essa pesquisa não oferece riscos para a sua saúde nem de nenhum integrante da sua família. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem sofrerá nenhuma penalização. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Contato do Pesquisador Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favorligar para o pesquisador Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima.

Endereço: Departamento de Nutrição/ CCS /UFPB. Telefone: 83 3216-7499 email: rafaella@ccs.ufpb.br.

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I – Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB ☐ (83) 3216-7791 – E-mail:eticaccsufpb@hotmail.com



Assinatura da responsável pela pesquisa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos decorrentes deste estudo declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

João Pessoa, _____ de _____ de 20__.

ANEXO E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UnB

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa **IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE GESTANTES, NUTRIZES E SEUS FILHOS ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA**, sob a responsabilidade do pesquisador Muriel Bauermann Gubert. O projeto consiste na realização de questionários com gestantes beneficiárias ou não do Programa Bolsa Família no Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é coletar dados sobre realização de consultas de pré-natal, ganho de peso gestacional, alimentação no período de gestação e amamentação, peso da criança ao nascer, peso pós-parto, prática de aleitamento materno, desenvolvimento infantil, morbidade e internação hospitalar das crianças menores de seis meses e situação domiciliar de insegurança alimentar, a fim de verificar se o PBF tem impacto positivo nos desfechos de saúde das gestantes e nutrizes, beneficiárias do PBF comparadas às não beneficiárias.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la

A sua participação se dará por meio de um questionário que você deverá responder durante a espera na Unidade Básica de Saúde ou em visita realizada pelas Agentes de Saúde com um tempo estimado de uma hora para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa. Contudo, com objetivo de minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, ainda, caso durante a entrevista alguma pergunta cause incômodo a senhora pode se recusar a responder sem que haja prejuízo ou danos. Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para o entendimento dos benefícios do programa Bolsa Família em relação ao cumprimento das condicionalidades propostas pelo PBF e dos efeitos que o benefício produz na saúde das gestantes, nutrizes e seus respectivos filhos. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Muriel Bauermann Gubert, no Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, telefone: (61) 981239710, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou envie e-mail para murielgubert@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: 61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Profª Dra. Muriel Bauermann Gubert

Brasília, _____ de _____ de _____.