

Consumo alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde segundo o tipo de assistência e participação no Bolsa Família

Food consumption of users of the Brazilian Unified Health System by type of assistance and participation in the “Bolsa Família”

Juliana Silvani ¹
Caroline Buss ²
Geórgia das Graças Pena ³
Andrea Fontoura Recchi ⁴
Eliaana Márcia Wendland ⁵

Abstract *A cross-sectional study was conducted to evaluate and compare dietary intake, type of assistance (Basic Health Units – UBS and Family Health Strategies – ESF) and participation in the “Bolsa Família” Program (PBF) among users of the Brazilian Unified Health System, (SUS). The sample was composed of individuals of both sexes between 18 and 78 years of age in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul. Socioeconomic, clinical and food consumption data were collected via a questionnaire adapted from the SISVAN and VIGITEL national surveys. The analyses were conducted using R3.1 software. Of the 187 patients, 91 were affiliated to the ESF, 96 to UBS and 40 were registered with the PBF. A healthy eating pattern was identified in only 41% of SUS users. It was observed that 55% did not consume raw salad (37% $p = 0.04$) and vegetable consumption was lower among the PBF users (67.5% versus 75.9%; $p = 0.02$). There was no significant difference in food consumption considering the kind of assistance (ESF or UBS). A healthy consumption pattern was not associated with demographic and socioeconomic variables. The majority of beneficiaries of the PBF did not admit to healthy eating patterns. Therefore, effective health promotion and prevention is needed for this population, mainly among the beneficiaries of the PBF.*

Key words *Food consumption, Unified health system, Primary health care*

Resumo *Foi realizado estudo transversal com objetivo de avaliar e comparar o consumo alimentar de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo tipo de assistência (Unidades Básicas de Saúde-UBS e Estratégias de Saúde da Família -ESF) e participação no Programa Bolsa Família (PBF). A amostra foi composta por indivíduos de 18 a 78 anos, de ambos sexos, de Porto Alegre-RS. Foram coletados dados socioeconômicos, clínicos e de consumo alimentar através de questionário adaptado dos inquéritos nacionais SISVAN e VIGITEL. As análises foram realizadas no software R3.1. Dos 187 entrevistados, 91 pertenciam à ESF, 96 à UBS e 40 eram beneficiários do PBF. O padrão alimentar saudável foi identificado em apenas 41% dos usuários do SUS. Entre os beneficiários do PBF, consumo de hortaliças foi menor (67,5% vs 75,9%; $p = 0,02$) e 55% não consumiam salada crua (37%; $p = 0,04$). Não houve diferença significativa no consumo considerando o tipo de assistência recebida (ESF ou UBS). O padrão de consumo saudável não foi associado às variáveis demográficas e socioeconômicas. A maioria dos beneficiados pelo PBF também não demonstrou padrão alimentar saudável. Portanto, maiores esforços para efetiva promoção e prevenção da saúde são necessários para essa população, principalmente entre os beneficiados pelo PBF.*

Palavras-chave *Consumo alimentar, Sistema Único de Saúde, Atenção primária à saúde*

¹ Curso de Nutrição, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), R. Sarmento Leite 245, Centro. 90050-170 Porto Alegre RS Brasil. julianasilvani@gmail.com

² Departamento de Nutrição, UFCSPA. Porto Alegre RS Brasil.

³ Curso de Nutrição, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia MG Brasil.

⁴ Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

⁵ Departamento de Saúde Coletiva, UFCSPA. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

Desde 1998, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem propondo que as recomendações alimentares para as populações fossem centradas nos alimentos ao invés dos nutrientes¹. A partir de então, muitos estudos focaram na avaliação do consumo alimentar das populações, observando os alimentos consumidos²⁻⁵.

No Brasil, as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) demonstraram que o padrão alimentar da população brasileira é caracterizado pelo consumo habitual de arroz e feijão, juntamente com elevado consumo de alimentos de alto valor energético e baixo valor nutricional⁶. Este padrão representa a transição do consumo nutricional, na qual a escassez de alimentos vem sendo substituída pelo excesso de alimentos pouco nutritivos. Este hábito contribui para o aumento do sobrepeso e obesidade da população, bem como das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{7,8}.

Neste contexto, foi criado, no Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) a fim de garantir o direito humano à alimentação adequada e promover a segurança alimentar e nutricional. O PBF é um programa de transferência de renda que contribui para a conquista da cidadania na população que se encontra mais suscetível à fome, situação de pobreza e extrema pobreza⁹. O objetivo principal do Programa é combater a fome e promover a segurança alimentar, especialmente em famílias com crianças e gestantes, que estejam em situação de pobreza extrema (R\$77,00 por pessoa).

No entanto, o aumento da renda não significa dieta mais saudável. Maior poder de compra das famílias pobres aumenta o consumo de alimentos pouco saudáveis¹⁰. Avaliação do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas constatou o mesmo que as POF haviam mostrado nas famílias beneficiadas pelo PBF: tendência de aumento no consumo de proteínas de origem animal, leite e derivados; aumento no consumo de biscoitos, óleos e gorduras, açúcares e alimentos industrializados; e, em menor proporção, no consumo de vegetais e hortaliças¹¹.

Ainda nessa problemática, o consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (FLV) está entre os dez principais fatores de risco para doenças em todo o mundo, estimando-se que até 2,7 milhões de vidas poderiam ser salvas anualmente em todo o mundo, se o consumo de FLV fosse adequado¹², o que reforça a importância de se avaliar a ingestão de alimentos para efetivar medidas corretivas no padrão de consumo das populações.

No âmbito das medidas corretivas e das políticas públicas, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, que se efetivou como Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de fortalecer a atenção primária em saúde e agir mais ativamente nas populações de maior vulnerabilidade¹³. Além disso, a estratégia visa substituir o modelo tradicional de assistência à saúde no país, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), reorganizando, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a atenção integral à saúde, prevenindo, promovendo e recuperando a saúde dos indivíduos de maneira completa e contínua¹⁴. Na ESF uma equipe multiprofissional atende uma população definida, pertencente a uma área adscrita limitada. Entretanto, ainda não está claro se o tipo de assistência impacta em algumas condições de saúde da população, como, por exemplo, o padrão alimentar.

Vale a pena ressaltar que, mesmo com auxílio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que contribuem para ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde¹⁵ dentro da ESF, o nutricionista não é membro obrigatório nos mesmos, mas, na sua presença, prevenção dos agravos da má alimentação e estilo de vida não saudável é reforçado, como correção das deficiências nutricionais e prevenção ou tratamento das DCNT¹⁵.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi avaliar o consumo alimentar de usuários do SUS de acordo com o tipo de assistência recebida – modelo assistencial convencional (UBS) e modelo de assistência (ESF) – e conforme a participação no PBF.

Métodos

Foi realizado estudo transversal com indivíduos de 18 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários do SUS de Porto Alegre-RS/Brasil. Foram sorteadas duas unidades de ESF (Esperança Cordeiro e São Borja) que apresentavam equipe completa e outras duas unidades tradicionais, entre aquelas que apresentavam equipes equivalentes (UBS Santa Rosa e São Cristóvão). Utilizou-se amostra de conveniência, sendo que os indivíduos foram convidados a participar na sala de espera das unidades de saúde, em diferentes turnos (manhã e tarde). Todas as entrevistas foram realizadas pela mesma pesquisadora, no período de novembro de 2012 a maio de 2013. Todos os indivíduos adultos que procuraram as unidades de saúde durante o período de realização da coleta foram considerados elegíveis para o estudo.

Foi desenvolvido questionário contendo informações sobre aspectos socioeconômicos como, por exemplo, renda familiar (em salários mínimos), estado civil (solteiro, casado, outros), raça/cor de pele autorreferidos (preta, parda, branca, indígena, outros), escolaridade (anos de estudo), se estava empregado ou não. Além de consumo alimentar e participação no programa Bolsa Família, também foram coletados dados de hipertensão e diabetes autorreferidos¹⁶. Foi utilizada avaliação estruturada a partir do questionário de frequência alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁷ com o acréscimo dos alimentos para avaliação do consumo alimentar regular adotado pelo inquérito de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônicas (VIGITEL)¹⁸. A avaliação do consumo alimentar foi realizada em relação à frequência alimentar semanal e ao consumo regular conforme descritos abaixo:

Frequência alimentar semanal: foi analisada conforme marcador de consumo alimentar do SISVAN¹⁷. Foi considerada alimentação saudável quando o indivíduo apresentava consumo diário de feijão, frutas, verduras e leite ou iogurte do tipo desnatado ou semidesnatado e/ou consumo de peixe ao menos uma vez na semana. O consumo frequente de alimentos fritos e guloseimas como: batata frita, batata de pacote, salgados fritos, biscoitos salgados ou salgadinho de pacote, biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates – em barra ou bombom, embutidos e refrigerantes foram considerados inadequados quando ingeridos pelo menos uma vez por semana.

Consumo alimentar regular: foi utilizado o inquérito do VIGITEL¹⁸. Foi considerado saudável o consumo de frutas (incluindo o consumo de suco de fruta natural), hortaliças (saladas cruas, legumes e verduras cozidos) e feijão em cinco ou mais vezes na semana. Foi considerado consumo alimentar não saudável, o hábito de consumir carnes com excesso de gordura como carne vermelha com gordura ou frango com pele e o hábito de consumir leite integral, além do consumo de refrigerantes de qualquer tipo e de sucos artificiais em cinco ou mais dias da semana.

Para avaliação global do consumo alimentar, foi criada a variável “padrão saudável”. Esta combinou os alimentos considerados saudáveis (frutas, hortaliças e feijão) quando consumidos na frequência recomendada (cinco ou mais vezes na semana), de acordo com o VIGITEL¹⁸.

Foram calculadas frequências relativas e absolutas, e foi realizada análise univariada para observar diferenças entre as categorias pelo teste de Q quadrado ou teste exato de Fisher. As diferenças entre médias foram calculadas com o teste t de *Student*. As análises estatísticas foram feitas no software R 3.1. O nível de significância foi considerado quando $p < 0,05$ e foi adotado intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Todos os sujeitos incluídos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após serem informados sobre a natureza do estudo, tendo respaldado todos os preceitos éticos da Resolução CNS 196/96.

Resultados

A população estudada foi composta por 187 indivíduos, sendo 40 (21,4%) beneficiados pelo PBF, em sua maioria mulheres (80%). Destes, 91 (49%) pertenciam à ESF e 96 (51%) à UBS. Os resultados das variáveis socioeconômicas são apresentados na Tabela 1. Os participantes da ESF apresentaram menor escolaridade ($p = 0,02$) e maior participação no PBF ($p = 0,02$). Os indivíduos participantes do PBF são, em sua maioria, da raça/etnia preta ou parda, diferentemente dos não participantes no programa de transferência de renda ($p = 0,04$). Não houve diferença quanto à hipertensão (31%) ou diabetes (14,4%) autorreferidos segundo tipo de serviço avaliado nem segundo participação no PBF.

Para o consumo regular adotado pelo VIGITEL (Tabela 2), 41% apresentaram consumo saudável de alimentos. A frequência de consumo alimentar saudável foi: hortaliças (74%), feijão (72%) e frutas (68%). E o consumo de marcadores de risco foi: leite ou iogurte do tipo integral (54%), carnes com gordura (39%) e refrigerante ou sucos artificiais (29%).

Ao comparar a frequência de consumo alimentar saudável entre os beneficiários dos PBF observamos que a maioria (55%) não consome salada crua em comparação com os que não recebem o benefício (36,6%; $p = 0,04$) e o consumo de hortaliças foi menor entre os beneficiários (67,5% *versus* 75,9%; $p = 0,02$). O padrão de consumo saudável não foi associado às variáveis demográficas ou socioeconômicas (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas de 187 usuários do SUS de acordo com o tipo de assistência recebida. Porto Alegre, 2014.

Variáveis	Total (n = 187)		ESF (n = 91)		UBS (n = 96)		p valor	COM BF (n = 40)		SEM BF (n = 145)		p valor
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade (anos)												
18 a 24	19	10,2	9	9,9	10	10,4		5	12,5	13	9	
25 a 34	36	19,2	17	18,7	19	19,8		11	27,5	25	17,2	
35 a 44	45	24,1	18	19,8	27	28,3		9	22,5	35	24,1	
45 a 54	32	17,1	16	17,6	16	16,7		8	20	24	16,6	
55 a 64	37	19,8	22	24,2	15	15,6		7	17,5	30	20,7	
> 65 ou +	18	9,6	9	9,9	9	9,4	0,67	0	0	18	12,4	0,11
Sexo												
Feminino	127	67,9	57	62,6	70	72,9		32	80	95	65,5	
Masculino	60	32,1	34	37,4	26	27,1	0,18	8	20	50	34,5	0,2
Raça/Etnia												
Preta	45	24,1	24	26,4	21	21,9		15	37,5	29	20	
Parda	30	16	20	22	10	10,4		9	22,5	21	14,5	
Branca	91	48,7	38	41,8	53	55,2		11	27,5	79	54,5	
Indígena	5	2,7	3	3,3	2	2,1		1	2,5	4	2,8	
Não sabe	16	8,6	6	6,6	10	10,4	0,13	4	10	12	8,3	0,04*
Escolaridade (anos)												
Não estudou	11	5,9	7	7,7	4	4,2		4	10	7	4,8	
< 8	88	47,1	50	55	38	39,6		22	55	64	44,1	
9 a 12	79	42,3	33	36,3	46	47,9		14	35	65	44,8	
> 12	9	4,8	1	1,1	8	8,3	0,02*	0	0	9	6,2	0,07
Renda (salários-mínimos)												
< 1	16	8,6	9	9,9	7	7,3		6	15	10	6,9	
De 1 a 5	134	71,7	63	69,2	71	74		27	67,5	106	73,1	
> 5	8	4,3	3	3,3	5	5,2	0,78	0	0	7	4,8	0,31
Bolsa Família												
Sim	40	21,4	26	28,6	14	14,6		14				
Não	145	77,5	63	69,2	82	85,4	0,02*	12	-	-	-	
Estado Civil												
Solteiro	47	25,1	21	23,1	26	27,1		14	-	-	-	
Casado	76	40,6	33	36,3	43	44,8		35	32	22,1		
Outro	64	34,2	37	40,7	27	28,1	0,18	16	30	63	43,5	0,18
Emprego												
Sim	84	44,9	38	41,8	46	47,9		24	35	50	34,5	
Não	103	55,1	53	58,2	50	52,1	0,4	16	40,0	66	45,5	0,66
Diabetes												
Sim	27	14,4	14	15,4	13	13,5		7	17,5	20	13,8	
Não	159	85,0	76	83,5	83	86,5	0,55	33	82,5	124	85,5	0,67
Hipertensão												
Sim	58	31,0	32	35,2	26	27,1		11	27,5	47	32,4	
Não	128	68,5	59	64,8	69	71,9	0,32	29	72,5	97	66,9	0,64

ESF = Estratégia Saúde da Família; UBS = Unidade Básica de Saúde; PBF = Programa Bolsa Família *Teste qui-quadrado.

Discussão

O estudo verificou que a maior parte da população avaliada não possui padrão alimentar saudável.

Além disso, os beneficiários do BF apresentaram hábitos alimentares menos saudáveis dos que os que recebem sem encontrar uma associação entre o tipo de assistência recebida – modelo

Tabela 2. Frequência do consumo alimentar regular, segundo critérios do VIGITEL, de 187 usuários do SUS de acordo com o tipo de assistência recebida. Porto Alegre, 2014.

Alimentos	TOTAL (n = 187)		ESF (n = 91)		UBS (n = 96)		P valor	COM BF (n = 40)		SEM BF (n = 145)		P valor
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Avaliação do padrão saudável												
Não	110	58,8	49	53,9	61	63,5		22	55,0	87	60,0	
Sim	77	41,2	42	46,2	35	36,5	0,19	18	45,0	58	40,0	0,39
Salada crua												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	76	40,6	40	44,0	36	37,5		22	55,0	53	36,6	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	111	59,4	51	56,0	60	62,5	0,29	18	45,0	92	63,5	0,04*
Legumes e verduras cozidos												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	117	62,6	58	63,7	59	61,5		28	70,0	88	60,7	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	70	37,4	33	36,3	37	38,5	0,75	12	30,0	57	39,3	0,28
Hortaliças												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	48	25,7	27	29,7	21	21,9		13	32,5	35	24,1	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	139	74,3	64	70,3	75	78,1	0,22	27	67,5	110	75,9	0,02*
Frutas frescas ou salada de frutas												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	79	42,3	40	44,0	39	40,6		20	50,0	57	39,3	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	108	57,8	51	56,0	57	59,4	0,76	20	50,0	88	60,7	0,20
Suco de frutas natural												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	136	72,7	63	69,2	73	76,0		28	70,0	107	73,8	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	51	27,3	28	30,8	23	24,0	0,38	12	30,0	38	26,2	0,57
Frutas e Suco de frutas natural												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	59	31,6	29	31,9	30	31,3		13	32,5	45	31,0	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	128	68,4	62	68,1	66	68,8	0,52	27	67,5	100	69,0	0,34
Frutas e Hortaliças												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	86	46,0	43	47,3	43	44,8		22	55,0	64	43,5	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	101	54,0	48	52,7	53	55,2	0,26	18	45,0	83	56,5	0,53
Feijão												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	52	27,8	25	27,5	27	28,1		11	27,5	41	28,3	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	135	72,2	66	72,5	69	71,9	0,92	29	72,5	104	71,7	0,92
Leite ou iogurte desnatado ou semi-desnatado												
Não saudável: 0 a 4 vezes na semana	175	93,6	86	94,5	89	92,7		38	95,0	135	93,1	
Saudável: 5 ou mais vezes na semana	12	6,4	5	5,5	7	7,3	0,17	2	5,0	10	6,9	0,06
Carne vermelha sem gordura visível												
0 a 4 vezes na semana	137	73,3	64	70,3	73	76,0		31	77,5	105	72,4	
5 ou mais vezes na semana	50	26,7	27	29,7	23	24,0	0,38	9	22,5	40	27,6	0,52
Frango/galinha sem pele												
0 a 4 vezes na semana	153	81,8	75	82,4	78	81,3		33	82,5	118	81,4	
5 ou mais vezes na semana	34	18,2	16	17,6	18	18,8	0,84	7	17,5	27	18,6	0,82
Peixe												
Não saudável: 0 vezes na semana	102	54,5	50	54,9	52	54,2		22	55,0	78	53,8	
Saudável: 1 ou mais vezes na semana	85	45,5	41	45,1	44	45,8	0,91	18	45,0	67	46,2	0,29
Leite ou iogurte integral												
Não saudável: 1 ou mais vezes na semana	101	54,0	52	57,1	49	51,0		26	65,0	73	50,3	
Saudável: nenhuma vez na semana	86	46,0	39	42,9	47	49,0	0,33	14	35,0	72	49,7	0,07
Frituras												
Não saudável: 1 ou mais vezes na semana	81	43,3	37	40,7	44	45,8		18	45,0	62	42,8	
Saudável: nenhuma vez na semana	106	56,7	54	59,3	52	54,2	0,81	22	55,0	83	57,2	0,31

continua

Tabela 2. Frequência do consumo alimentar regular, segundo critérios do VIGITEL, de 187 usuários do SUS de acordo com o tipo de assistência recebida. Porto Alegre, 2014.

Alimentos	TOTAL (n = 187)		ESF (n = 91)		UBS (n = 96)		P valor	COM BF (n = 40)		SEM BF (n = 145)		P valor
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
Bolachas, biscoitos salgados ou salgadinho de pacote												
Não saudável: 5 ou mais vezes na semana	32	17,1	13	14,3	19	19,8		7	17,5	25	17,2	
Saudável: 0 a 4 vezes na semana	155	82,9	78	85,7	77	80,2	0,32	33	82,5	120	82,8	0,97
Bolachas, biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)												
Não saudável: 5 ou mais vezes na semana	25	13,4	13	14,3	12	12,5		7	17,5	17	11,7	
Saudável: 0 a 4 vezes na semana	162	86,6	78	85,7	84	87,5	0,72	33	82,5	128	88,3	0,34
Refrigerantes ou suco artificial												
Não saudável: 5 ou mais vezes na semana	54	28,9	29	31,9	25	26,0		15	37,5	38	26,2	
Saudável: 0 a 4 vezes na semana	133	71,1	62	68,1	71	74,0	0,38	25	62,5	107	73,8	0,17
Hamburguer e embutidos												
Não saudável: 5 ou mais vezes na semana	48	25,7	25	27,5	23	24,0		11	27,5	35	24,1	
Saudável: 0 a 4 vezes na semana	139	74,3	66	72,5	73	76,0	0,58	29	72,5	110	75,9	0,66
Carne vermelha com gordura visível												
Não saudável: 1 ou mais vezes na semana	54	28,9	27	29,7	27	28,1		12	30,0	41	28,3	
Saudável: nenhuma vez na semana	133	71,1	64	70,3	69	71,9	0,94	28	70,0	104	71,7	0,42
Frango/galinha com pele												
Não saudável: 1 ou mais vezes na semana	44	23,5	26	28,6	18	18,8		10	25,0	33	22,8	
Saudável: nenhuma vez na semana	143	76,5	65	71,4	78	81,3	0,29	30	75,0	112	77,2	0,50
Carnes com gordura (Vermelha ou frango)												
Não saudável: 1 ou mais vezes na semana	72	38,5	38	41,8	34	35,4		16	40,0	56	38,1	
Saudável: nenhuma vez na semana	115	61,5	53	58,2	62	64,6	0,23	24	60,0	91	61,9	0,96

VIGITEL = Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônicas 18; SUS = Sistema Único de Saúde/ ESF = Estratégia Saúde da Família; UBS = Unidade Básica de Saúde; PBF = Programa Bolsa Família * Chi-squared test.

assistencial convencional (UBS) e estratégia de saúde da família (ESF).

Os usuários que pertencem à ESF possuem menor escolaridade e recebem mais benefícios do PBF em relação aos que pertencem à UBS, dado que é esperado, uma vez que a ESF deve estar localizada em populações de maior vulnerabilidade social. Contudo, não houve diferença no valor da renda de acordo com o tipo de assistência recebida. Tendo em vista que a maioria dos beneficiários do PBF encontra-se na ESF, o auxílio de transferência de renda pode estar auxiliando nesta melhoria, diminuindo a desigualdade social. Ao melhorar a renda com o benefício do PBF, espera-se que haja maior aquisição de alimentos,

incluindo alimentos mais saudáveis. No entanto, revisão publicada em 2013 identificou que o PBF promove um aumento do acesso aos alimentos, mas que não é necessariamente acompanhado por um aumento da qualidade nutricional da alimentação^{10,19}, o que está de acordo com os resultados encontrados.

Ao comparar a frequência alimentar dos que recebem PBF com os encontrados pelo SISVAN em 2013, tanto nacionalmente como no Rio Grande do Sul²⁰, ou comparado a outro estudo realizado em Porto Alegre²¹, pode ser observada maior frequência do consumo diário de embutidos e refrigerantes na população do estudo. As frequências diárias de frutas, saladas, legumes e

Tabela 3. Associação do padrão de consumo saudável e variáveis demográficas, socioeconômicas de 187 usuários do SUS. Porto Alegre, 2014.

Variáveis	N	Padrão Saudável				p valor*
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Idade (anos)						
18 a 24	19	11	10,0	8	10,0	0,69
25 a 34	36	24	21,8	12	21,8	
35 a 44	45	27	24,5	18	24,5	
45 a 54	32	20	18,2	12	18,2	
55 a 64	37	20	18,2	17	18,2	
> 65 ou +	18	8	7,3	10	7,3	
Sexo						
Feminino	127	72	65,5	55	71,4	0,38
Masculino	60	38	34,5	22	28,6	
Raça/Etnia						
Preta	45	25	22,7	20	26,0	0,40
Parda	30	17	15,5	13	16,9	
Branca	91	57	51,8	34	44,2	
Indígena	21	11	10,0	10	13,0	
Escolaridade (anos)						
Não estudou	1	1,1	0	0,0	1	0,64
< 8	47	49,5	28	45,2	47	
9 a 12	33	34,7	20	32,3	33	
> 12	14	14,7	14	22,6	14	
Renda (salários-mínimos)						
< 1	1	1	1,0	0	0,0	0,71
De 1 a 5	149	90	93,8	59	95,2	
> 5	8	5	5,2	3	4,8	
Bolsa Família						
Sim	40	24	22,0	16	21,1	0,87
Não	145	85	78,0	60	78,9	
Estado Civil						
Solteiro		31	28,2	16	20,8	0,39
Casado		45	40,9	31	40,3	
Outro		34	30,9	30	39,0	
Emprego						
Sim		55	50,0	29	37,7	0,09
Não		55	50,0	48	62,3	

* Teste qui-quadrado.

verduras foram baixas na população estudada, no SISVAN (2013) e também no estudo realizado em Porto Alegre^{20,21}, dados que continuam a aparecer desde a última POF em 2008-2009, que caracterizou a alimentação dos brasileiros como baixa em consumo de frutas e hortaliças.

Uma vez que há uma melhoria na renda total, possibilitando maior aquisição de alimentos, mas devido ao baixo custo e *marketing* dos alimentos industrializados, de alto valor calórico e de baixo valor nutricional, estes acabam sendo mais con-

sumidos pelas famílias beneficiárias do PBF. Sabe-se que os programas de transferência de renda sozinhos não são capazes de resolver o problema da pobreza e da insegurança alimentar, por isso, reforça-se a importância de associar o benefício com ações de educação e avaliação nutricional¹⁹.

Em comparação aos dados obtidos em Porto Alegre pelo VIGITEL em 2013¹⁸, observamos maior consumo de carne com excesso de gordura ou sem a remoção da gordura visível em nossa amostra. Além disso, houve maior consumo re-

gular de refrigerantes entre os beneficiários do PBF em comparação com a população avaliada em Porto Alegre pelo VIGITEL. Nessa análise, Porto Alegre foi classificada como a terceira capital brasileira que mais consome refrigerantes. As POF realizadas no período de 1974 a 2003 mostraram que houve um aumento de 300% no consumo de embutidos e de 400% de refrigerantes, além de ter sido verificado consumo menor de 30% de feijão²². Na última análise feita pela POF, entre 2008-2009, continuou sendo observado o consumo abaixo do recomendado de frutas, hortaliças e feijão, além do aumento na ingestão de refrigerantes⁶. Ressalta-se que o feijão é considerado um alimento saudável uma vez que apresenta alto teor de fibras, além de sua relativa baixa densidade energética. Contudo, é preciso ter cuidado quanto à forma de preparo desse alimento, não devem ser acrescentados ingredientes com alto teor de gordura, os quais elevariam o valor energético da preparação¹⁸.

A dieta inadequada é um dos fatores que aumenta o risco de hipertensão e diabetes. Em nossa amostra, a prevalência de hipertensão foi, aproximadamente, 10% maior entre os beneficiários do PBF do que os dados encontrados no mesmo ano em Porto Alegre pelo VIGITEL¹⁸. A prevalência de diabetes autorreferida foi o dobro da encontrada pelo VIGITEL em Porto Alegre no ano de 2013. Outro dado mostrado pelo VIGITEL é que Porto Alegre é a segunda capital com mais casos autorreferidos de diabetes, e a quarta em casos autorreferidos de hipertensão arterial sistêmica.

Apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, com número restrito de voluntários que recebem o Bolsa Família, foi observado que as características da população amostrada são mui-

to semelhantes à população geral relatada pelo IBGE⁶. Da mesma forma, a grande proporção de mulheres na amostra reflete a maior busca por assistência de pessoas desse sexo nos serviços de saúde, anteriormente relatada na literatura^{23,24}. Outra limitação é que não foi investigado o recebimento de outros benefícios que podem ter impactado na renda familiar, como os assistenciais obtidos por pessoas idosas, ou realizada uma investigação socioeconômica mais detalhada, devido ao impacto que a mesma teria no tempo de entrevista. Por fim, questões de ordem fisiológica, como, por exemplo, doenças orais, uso de próteses, adontia ou outras alterações que podem exercer impacto na escolha dos alimentos (aumentando a frequência de alimentos cozidos e a diminuição dos crus, por exemplo), não foram avaliadas pelo presente estudo. De qualquer forma, no caso de recebimento de outros benefícios, ou de questões fisiológicas que pudessem alterar a consistência de alimentos, os resultados deste estudo tornam-se ainda mais relevantes ao evidenciar escolhas alimentares.

Desse modo, os dados apontam que são necessárias medidas preventivas, através de educação e informação sobre aquisição de alimentos para uma alimentação adequada, para o controle da pressão arterial e da diabetes e para a prevenção das DCNT. Além disso, políticas públicas devem enfatizar ações na disponibilidade de alimentos saudáveis. É consenso que o desenvolvimento econômico precisa estar ligado ao setor saúde para que as populações que tenham acréscimo na renda também tenham melhorias de acesso e condições de saúde²⁵. No entanto, o aumento de renda precisa, necessariamente, estar atrelado a atividades de educação e promoção da saúde, visando a uma alimentação saudável.

Colaboradores

J Silvani trabalhou na pesquisa e desenvolvimento de todo o trabalho desde pesquisa à redação; AF Recchi trabalhou na concepção e supervisão da coleta dados, GG Pena trabalhou na análise crítica, formatação e redação da versão final, C Buss trabalhou na concepção e revisão final e EM Wendland trabalhou na concepção, análise estatística, orientação e revisão final.

Referências

1. Sichieri R, Coitinho DC, Monteiro JB, Coutinho WF. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* 2000; 44(3):227-232.
2. Go VLW, Wong DA, Butrum R. Diet, Nutrition and Cancer Prevention: Where Are We Going from Here? *J Nutr* 2001; 131(11 Supl.):3121S-316S.
3. Heber D, Bowerman S. Applying Science to Changing Dietary Patterns. *J Nutr* 2001; 131(11 Supl.):3078S-3081S.
4. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl. 1):S47-S53.
5. Simopoulos AP. The Mediterranean Diets: What Is So Special about the Diet of Greece? The Scientific Evidence. *J Nutr* 2001; 131(11 Supl.):3065S-3073S.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de orçamento familiar 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
7. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011; 377(9781):1949-1961.
8. Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Nutritional intervention and primary prevention of type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Cad Saude Publica* 2006; 22(1):7-18.
9. World Health Organization (WHO). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO; 2002.
10. Brasil. Lei Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 10 jan.
11. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). *Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas: documento síntese*. 20. Rio de Janeiro: IBASE; 2008.
12. Lignani JB, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutr* 2011; 14(5):785-792.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: MS; 1997.
14. Freitas MLA, Mandú ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul. Enferm.* 2010; 23(2):200-205.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes do NASE. Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, Brasília: MS; 2009. Cadernos de Atenção Básica nº 27.
16. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):74-82.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde*. Brasília: MS; 2008.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2014.

19. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev. Panam. Salud Pública* 2013; 33(1):54-60.
20. Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). 2014. [acessado 2014 Jun 1]. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/relatorios.php
21. Rosa JAO. *Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre-RS* [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2011.
22. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saude Publica* 2005; 39(4):530-540.
23. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
24. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):257-270.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: MS; 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde nº 84).

Artigo apresentado em 31/10/2015

Aprovado em 16/08/2016

Versão final apresentada em 18/08/2016