

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

Lisiane Ilha da Rosa

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS PARTICIPANTES DO  
SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA  
DA CIDADE DE GRAVATAÍ, RS**

SÃO LEOPOLDO  
2012

**LISIANE ILHA DA ROSA**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS PARTICIPANTES DO  
SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA  
DA CIDADE DE GRAVATAÍ, RS**

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Especialização apresentado como requisito  
parcial para obtenção do título de  
Especialista em Nutrição Clínica, pelo  
Curso de Especialização em Nutrição  
Clínica da Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos - UNISINOS

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ruth Liane Henn

SÃO LEOPOLDO

2012

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço às coordenações dos CRAS de Gravataí por terem me auxiliado, concedendo espaço nos grupos de famílias para as entrevistas.

Agradeço à minha estagiária de nutrição, Cláudia Fialho, por ser muito companheira e estar sempre disponível para me ajudar.

Agradeço à minha orientadora Ruth Henn, que apesar de sua agenda cheia, me ajudou na construção deste trabalho.

## RESUMO

A condição de insegurança alimentar e nutricional envolve várias dimensões que interferem e colocam em risco a saúde e a qualidade de vida do homem e da sociedade. Este estudo teve por objetivo determinar a insegurança alimentar e os fatores associados nas famílias participantes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família da cidade de Gravataí, RS. Foi realizado um estudo observacional descritivo, com 120 famílias, atendidas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Os dados foram coletados pela pesquisadora do Curso de Especialização em Nutrição Clínica (UNISINOS), por meio da aplicação de um questionário padronizado. Para medir a Insegurança Alimentar, utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). As variáveis investigadas foram as características sociodemográficas da família (idade do chefe de família, sexo do chefe de família, escolaridade do chefe de família, ocupação do chefe de família, número de pessoas do domicílio, número de pessoas do domicílio com 18 ou menos, renda familiar); características sociodemográficas do respondente (idade, sexo, escolaridade e estado nutricional). A insegurança alimentar esteve presente em 94,9% das famílias pesquisadas, sendo que 40,2% apresentaram insegurança alimentar moderada, 29,1% grave e 25,6% leve. A insegurança alimentar associou-se significativamente com a renda e a ocupação do chefe de família. O presente estudo demonstrou que a alta prevalência de IA está diretamente relacionada com as condições socioeconômicas destas famílias.

**Palavras-chave:** Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Insegurança alimentar. Famílias.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	10
2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR	10
2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR	13
2.3 DIREITO HUMANO A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA (DHAA)	15
2.4 AVALIAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	18
2.5 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	21
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	24
<b>4 OBJETIVOS</b>	26
4.1 OBJETIVO GERAL	26
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
<b>5 MÉTODOS</b>	27
5.1 DELINEAMENTO	27
5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	27
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	28
5.3.1 Critérios de inclusão	28
5.3.2 Critérios de exclusão	28
5.4 AMOSTRAGEM	28
5.5 INSTRUMENTOS	29
5.6 VARIÁVEIS	29
5.6.1 Insegurança alimentar	29
5.6.2 Características sociodemográficas da família	30
5.6.3 Características sociodemográficas do respondente	30
5.6.4 Estado nutricional do respondente	30
5.7 LOGÍSTICA	31
5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	32
5.9 ASPECTOS ÉTICOS	32
<b>6 RESULTADOS</b>	33
<b>7 DISCUSSÃO</b>	38
<b>8 CONCLUSÕES</b>	42
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	43

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	44
<b>APÊNDICE A</b> - Questionário.....	49
<b>APÊNDICE B</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	52

## 1 INTRODUÇÃO

A problemática alimentar e nutricional vem sendo discutida há muito tempo no Brasil. Ações e programas de assistência alimentar e nutricional foram implantadas ao longo das décadas, a fim de melhorar a situação da fome e da vulnerabilidade nutricional das camadas menos favorecidas da população brasileira (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Josué de Castro, intelectual conceituado e primeiro presidente do conselho da *Food and Agriculture Organization* (FAO), organização criada após a segunda guerra mundial, referia que a fome e a má alimentação e nutrição não são consequências de fenômenos climáticos, mas são causadas por problemas sociais e, portanto, somente por meio de ações sociais, com o desenvolvimento progressivo de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional seria possível transformar em realidade o direito primordial do cidadão que é a alimentação (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Inicialmente, a questão da fome estava relacionada com a falta de informação e a desnutrição seria fruto da ignorância da população. A estratégia de governo, então, era educar e introduzir novos alimentos na dieta dos brasileiros. Mas, uma mudança de paradigma, nos meados dos anos setenta, fez com que o objeto de atuação fosse redirecionado para alimentação e renda, sendo o fator renda a causa da fome e da desnutrição (PINHEIRO; CARVALHO, 2010).

Em 1993, houve a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e, no ano seguinte, foi realizada a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com o tema Fome: Questão Nacional. A Conferência foi resultado de um processo que começou com o lançamento da Ação da Cidadania Contra a Fome e a Miséria e pela Vida (MDS, 2008). Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008), o evento serviu para o debate do conceito de segurança alimentar como componente de um projeto nacional transformador da realidade que produz e reproduz a fome, a miséria e a exclusão.

Em 2003, o combate à fome e a SAN foram retomados na agenda governamental, e a participação da sociedade civil na formulação e implementação de políticas públicas assumiu papel estratégico (BURLANDY, 2011). A estratégia era

unir a sociedade civil, empresas públicas e privadas, baseadas na Campanha de doação de alimentos, Projeto Fome Zero. O grande marco na política da SAN foi a reinstituição do CONSEA, extinto em 1995, que demonstrou a volta do diálogo entre governo e sociedade (BURLANDY, 2011).

Em 2004, a realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional resultou em diretrizes para a elaboração da Política Nacional e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A partir de resolução da Conferência, foi elaborado o Projeto de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (TAKAGI, 2006). A partir da criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN) – Lei nº 11, 346, de 15 de setembro de 2006, que criou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), a alimentação e a nutrição ganharam novas dimensões. De acordo com o conceito adotado na Legislação Brasileira:

A segurança alimentar e nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural, econômica e sejam ambientais, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (art. 3º da Lei nº 11,346, de 15 de setembro de 2006).

A questão alimentar, portanto, apresenta-se como uma questão de grande complexidade, onde a alimentação é um direito humano e permeia questões estruturais e éticas, como o enfrentamento à desigualdade social e econômica (RECINE; VASCONSELLOS, 2011).

Considerando-se que a desigualdade social reflete as diferenças produzidas socialmente e que são eticamente injustas, chega-se ao conceito de iniquidade social aplicável à condição de insegurança alimentar. A iniquidade na segurança alimentar refere-se às diferenças de acesso aos alimentos e à alimentação nutricionalmente adequada. Essas condições são socialmente produzidas e acabam comprometendo o desenvolvimento de crianças e jovens como também a qualidade de vida das famílias (PANIGASSI, 2008).

A alimentação tem sido tanto uma preocupação de movimentos sociais, como objeto de políticas públicas. O sistema alimentar, definido pela produção, distribuição e consumo, desempenha papel central na configuração social, econômica e cultural das sociedades como um todo (ANTUNES; MUTERLLE; CUNHA, 1996).

Para que as políticas públicas sejam avaliadas e monitoradas e que o acesso ao alimento e a uma alimentação saudável seja garantido como direito do ser humano, é importante a mensuração das ações executadas. Conforme Kepple; Segall-Corrêa (2011), medir a SAN “[...] exige o desenvolvimento de mecanismos de acompanhamento e avaliação. Eles são necessários tanto no processo de implementação das ações, no que diz respeito à cobertura da população alvo e aos desafios políticos e administrativos daí decorrentes, quanto na medida do impacto das políticas de segurança alimentar da população. Consequentemente tornou-se fundamental e urgente a definição de indicadores de SAN adequados a essas necessidades”.

No Brasil, as diferenças sociais, tradicionalmente, vêm sendo monitoradas mediante variáveis socioeconômicas, como renda, escolaridade e esperança de vida ao nascer (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006). No entanto, atualmente, outras ferramentas importantes têm ganhado reconhecimento para a medida da dimensão de acesso aos alimentos, são as escalas psicométricas da percepção de insegurança alimentar (IA) em nível domiciliar (SEGALL *et al.* 2004). Em 2003 e 2004 foi realizado um estudo de adaptação e validação de escala de medida de insegurança alimentar, a partir da escala desenvolvida pelo *United States Department of Agriculture* (USDA). Esse estudo resultou na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (SEGALL *et al.* 2004). A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), utilizada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2004, é uma medida direta da experiência de insuficiência alimentar do entrevistado e sua família, nos três meses que antecederam à pesquisa, em seus diversos níveis de intensidade (MARIN-LEON *et al.* 2011).

O esforço de combate à alimentação insuficiente e/ou inadequada nutricionalmente implica articulação e trabalho de todas as esferas de governo, promovendo estratégias, ações e políticas que garantam o acesso ao alimento e à alimentação saudável (MDS, 2008). Portanto, mapear a desigualdade social é necessário para o conhecimento da realidade brasileira e, com isto, combater a

iniquidade que muitas vezes se expressa pela vigência de insegurança alimentar e nutricional.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste referencial será abordado um breve histórico sobre a Segurança Alimentar, a Insegurança Alimentar no Brasil com dados da PNAD, o Direito Humano à Alimentação, a Avaliação da Insegurança Alimentar através de indicadores e a Transição Nutricional que vem ocorrendo no Brasil e em outros países em desenvolvimento.

### 2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR

Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), o termo segurança alimentar começou a ter destaque e ser utilizado na Europa, pois esta experiência demonstrou que um país poderia dominar outro através do abastecimento alimentar e que isto poderia tornar-se uma arma política, principalmente se países menos desenvolvidos não dispusessem de meios para atender sua própria demanda. “Nesse sentido, o abastecimento alimentar adquiria um significado de segurança nacional, apontando para a formação de estoques estratégicos” (HIRAI; ANJOS, 2007).

No entanto, é a partir da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), da constituição da Organização das Nações Unidas (ONU) e de organizações intergovernamentais que já se podia observar a tensão política entre os organismos que entendiam o acesso ao alimento de qualidade como um direito humano, e alguns que entendiam que a segurança alimentar seria garantida por mecanismos de mercado. Essa tensão era um reflexo da disputa política entre os principais blocos em busca da hegemonia (BURITY *et al.*, 2010).

Considerava-se que a questão da fome estava ligada à falta de alimentos e que incrementos sucessivos da produtividade agrícola seriam capazes de resolver o problema nos países em desenvolvimento. Neste contexto, foi lançada uma experiência para aumentar a produção de alimentos, a chamada Revolução Verde. Procurava-se convencer a todos que o problema da fome e da desnutrição seria resolvido com a adoção de um modelo agrícola de grandes propriedades monoculturas e o emprego maciço de agrotóxicos e fertilizantes agrícolas (HIRAI;

ANJOS, 2007). Assim, a partir dos anos 80, a Revolução Verde resultou em ganhos contínuos de produtividade na agricultura, gerando excedentes de produção que foram transformados em alimentos industrializados e comercializados com menor custo, contudo, tal condição não modificou a situação da fome. Por conta disto, a segurança alimentar ganhou nova conceituação e passou a ser relacionada com a garantia de acesso físico e econômico de todos, de forma permanente, a quantidades suficientes de alimentos (BURITY *et al.*,2010).

No final da década de 80 e início da década de 90, o conceito de segurança alimentar ampliou-se, passando a incorporar a noção de acesso a alimentos seguros, de qualidade, produzidos de forma sustentável, equilibrada, culturalmente aceitável. A ideia de acesso à informação, o aspecto nutricional e sanitário também foram agregados ao conceito, que passa a ser denominado de Segurança Alimentar e Nutricional. Em 1992, nas declarações da Conferência Internacional de Nutrição, realizada em Roma, pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) esta nova visão foi consolidada (BURITY *et al.* 2010).

Em 1996, reunidos na Cúpula Mundial da Alimentação (CMA), em Roma, organizada pela FAO, diversos países firmaram compromisso de reduzir pela metade o número de pessoas famintas até 2015 (BELIK, 2003). Um dos encaminhamentos da Cúpula foi a definição do conceito e das formas de operacionalização do Direito Humano à Alimentação Adequada (ALBUQUERQUE, 2009).

Segundo a FAO/OMS (2005), Segurança Alimentar e Nutricional é definida como a situação na qual toda população tem pleno acesso físico e econômico a alimentos seguros e nutritivos que satisfaçam suas necessidades e preferências nutricionais, para levar uma vida ativa e saudável.

Pode-se observar que este conceito é muito amplo e aspectos políticos, econômicos e sociais o permeiam. O acesso ao alimento de qualidade (disponibilidade de alimento com qualidade nutritiva) e suficiência (produção e distribuição), a valorização dos hábitos alimentares de cada região, assim como a educação nutricional são fatores que ampliam a visão de segurança alimentar e nutricional (BELIK, 2003).

O conceito de SAN continua em aberto e também está em discussão (BELIK, 2003). Conceituar a SAN representa um desafio, pois se deve levar em conta que cada área de conhecimento envolvida tem sua própria perspectiva e expectativa na

compreensão e utilização desse conceito, o equivale a dizer que tem um marco teórico particular. São diferentes visões de uma mesma realidade que, no entanto isoladamente não são suficientes para a compreensão da dimensão do problema (VALENTE, 2003).

Portanto o conceito de SAN sofre alterações em função da própria história do homem e das sociedades (BURITY *et al.*, 2010). Mais recentemente, já se fala em soberania e sustentabilidade alimentar. A noção de soberania alimentar começa a surgir no debate do tema segurança alimentar, no ano de 1996, no México e durante a Cúpula Mundial da Alimentação, em Roma, no foro paralelo da sociedade civil (BELIK, 2003). Nesse encontro agricultores e movimentos sociais mexicanos denunciaram a destruição de sua agricultura a partir do NAFTA (Acordo de Livre Comércio da América do Norte). A produção de milho do país foi substituída por importações provindas dos EEUU, destruindo a produção local (VALENTE, 2002).

A soberania alimentar atribui importância aos hábitos alimentares e a preservação cultural de um país (BELIK, 2003). A definição dada à soberania alimentar na Declaração de Yaoundé (1996), se exprime na capacidade do Estado e das pessoas de produzir os alimentos necessários à população de modo a reduzir a dependência ligada à ajuda alimentar; garantir a disponibilidade e o acesso de todos a uma alimentação saudável, diversificada respeitando a diversidade cultural (MALUF, 2000); o direito de cada nação em definir políticas que garantam a segurança alimentar e nutricional de seus povos (BURITY, 2010).

Agregando-se à segurança alimentar, a sustentabilidade, por sua vez, incorpora conceitos ligados à preservação dos recursos naturais e da saúde humana através da não produção de alimentos geneticamente modificados e livres de insumos químicos, bem como, a produção extensiva de monoculturas (BELIK, 2003).

De acordo com Maluf; Menezes; Valente (1996) a segurança alimentar será efetivada com desenvolvimento econômico, porém, norteado por objetivos sociais e pautada na ética, na equidade, na sustentabilidade, na universalização da cidadania e na radicalização da democracia. Será necessária a expansão dos serviços públicos básicos de educação, saúde, habitação e saneamento e com maior contribuição da sociedade civil, fiscalizando, elaborando e implementando políticas públicas.

## 2.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR

O estado de insegurança alimentar e nutricional deve ser percebido em seus vários graus, que envolvem desde dimensões psicológicas até manifestações físicas que comprometem e colocam em risco a saúde e a qualidade de vida das pessoas (BURITY, 2010).

A dimensão psicológica da insegurança alimentar é representada pela preocupação de uma pessoa ou de uma família com a falta do alimento de forma regular. A insegurança alimentar como dimensão física, pode aparecer de duas formas: manifestada pelo comprometimento da qualidade do alimento sem afetar a quantidade de alimentos (aspecto nutricional) e na situação de restrição na disponibilidade de alimentos, podendo chegar até a manifestação mais grave da insegurança alimentar e nutricional, a fome (BURITY, 2010).

A Insegurança alimentar e nutricional faz parte do cotidiano das pessoas, independentemente do nível socioeconômico, “entretanto, é na pobreza que a insegurança alimentar, especialmente para os famintos, se expressa como ausência de qualquer expectativa de viver” (ALBUQUERQUE, 2009).

Em grande parte, a insegurança alimentar se deve a desigualdades sociais na distribuição de renda, onde muitas pessoas não têm renda suficiente para adquirir alimentos que satisfaçam as suas necessidades e garanta a segurança alimentar (HIRAI; ANJOS, 2007). De acordo com Pessanha (2004), no Brasil, o problema principal de insegurança alimentar é o de insuficiência de acesso, causado basicamente pelas intensas desigualdades, com uma perversa desigualdade na distribuição da renda e das oportunidades de inclusão econômica e social.

A questão da fome, por sua vez, está ligada também ao funcionamento da economia de um país e, mais amplamente, à ação das disposições políticas e sociais que podem influenciar direta ou indiretamente as condições das pessoas para acessar os alimentos e obter saúde e nutrição (HIRAI; ANJOS, 2007).

De acordo com Hoffman (2002), a nutrição e a pobreza estão ligadas pela relação entre nutrição e capacidade de trabalho, pois o indivíduo pobre não tem condições de comprar alimentos nutritivos, por sua vez tem uma menor capacidade de trabalho que é perpetuada pela baixa renda, formando um círculo vicioso.

Segundo relatório da FAO - O Estado da Insegurança Alimentar no Mundo – 2011, as oscilações de preços dos alimentos é uma das causas da insegurança alimentar mundial, pois a alta dos preços dos alimentos afeta gravemente os agricultores e consumidores de países pobres (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, 2011).

No Brasil, como em outros países, para estimativa da magnitude da insegurança alimentar ou da fome, se estabelece parâmetros de renda necessária ao consumo alimentar e não alimentar básicos da população, resultando destes as linhas da pobreza e de indigência. Essa proposta associa diretamente o nível de renda da família ou do indivíduo com o grau de carência alimentar (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD - de 2009 mostraram que, do total de domicílios particulares investigados, 17,7 milhões (30,2%) apresentavam algum grau de insegurança alimentar. Das cerca de 25,4 milhões de pessoas em IA moderada e grave, 33,2% residiam em domicílios com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até  $\frac{1}{4}$  de salário-mínimo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010a).

Além da renda, outras variáveis sociodemográficas e econômicas estão associadas à insegurança alimentar. De acordo com dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004 e de 2009, IA moderada ou grave foi mais prevalente em domicílios em que a mulher era a pessoa de referência do que naqueles em que o homem exercia esse papel (14,2% vs. 10,2%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2009).

A cor dos moradores teve impacto na proporção de insegurança alimentar. Do total de 13,3 milhões de indivíduos de cor da pele preta e de 84,7 milhões de pardos, 19,2% e 18,3%, respectivamente, estavam em situação de insegurança alimentar moderada ou grave. Entre os 92,4 milhões de indivíduos de cor da pele branca, esta proporção foi de apenas 7,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2009).

A escolaridade também é fator importante na determinação da IA. Quanto maior o nível de escolaridade, menor a proporção de insegurança alimentar moderada ou grave. Em 2004, entre aqueles sem instrução ou com menos de um ano de estudo, 29,2% tiveram restrição moderada ou grave de alimentos. Para aqueles com 11 a 14 anos de estudo, este percentual era 4,1 vezes menor (7,1%).

Em 2009, houve redução da insegurança alimentar moderada ou grave em todos os níveis de escolaridade e, embora a associação tenha se mantido, a razão entre as proporções para os níveis de escolaridade citados acima reduziu para 3,4%. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

A Insegurança Alimentar teve maior prevalência em domicílios com mais pessoas. Em domicílios com até três pessoas, 9,7% estavam em insegurança alimentar moderada ou grave e 74,7% em situação de segurança alimentar. Já nos domicílios em que moravam sete pessoas ou mais, 30,8% passavam por restrição alimentar e 41,4% não tinham preocupação com a falta de alimentos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Outro fator demonstrado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios – PNAD - de 2009 são as disparidades regionais em relação à insegurança alimentar:

A comparação das prevalências de insegurança alimentar grave confirma a desigualdade entre as regiões brasileiras. Enquanto a insegurança alimentar grave ocorria em 3,5% dos domicílios da região Sul (286 252), no Nordeste atingia 12,4% (1 630 138) dos domicílios. A prevalência de IA grave no Norte e Nordeste foi 3,1 e 3,5 vezes maior do que nos domicílios situados no Sul. Dos quase 14 milhões de pessoas moradoras em domicílios brasileiros em condição de IA grave, no período de referência da pesquisa, cerca de 7 milhões, ou seja, 52% residiam no Nordeste, região que concentrava apenas 28% da população do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2004)

Segundo Valente (2003), o Brasil precisa de uma política nacional de promoção de alimentação, nutrição e modos de vida saudáveis, enquanto parte integrante de um processo de desenvolvimento sustentável, que objetivem impactar efetivamente na insegurança alimentar, contemplando a valorização social do ser humano, reduzindo a discriminação e a desigualdade.

### 2.3 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA (DHAA)

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) tem sido afirmado em âmbito internacional em diversos pactos e declarações e reafirmado no Brasil através da aprovação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, que

através do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) tem como objetivo assegurar o direito humano à alimentação adequada, que implica não apenas o acesso, mas a qualidade e confiabilidade dos alimentos consumidos pela população (CASEMIRO, 2010).

Segundo o Comentário Geral 12, “o direito à alimentação adequada é indivisivelmente ligado à dignidade inerente à pessoa humana e é indispensável para a realização de outros direitos humanos consagrados na Carta de Direitos Humanos”.

Com o entendimento do que seria a constituição dos direitos humanos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, é que se iniciou a desenhar a inter-relação entre SAN e o DHAA. A principal preocupação desta época era enfatizar a noção de que os seres humanos, enquanto indivíduos pertencentes a uma sociedade tinham direitos que deveriam ser reconhecidos em diversas dimensões das quais faziam parte (ALBUQUERQUE, 2009). O direito humano à alimentação adequada está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Artigo XXV:

1. “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito a segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”.

O DHAA constitui-se por duas dimensões inseparáveis: o direito de estar livre da fome e da má nutrição e o direito à alimentação adequada (BURITY *et al.*, 2010). Segundo Albuquerque (2009), estas duas dimensões, a dimensão alimentar, que diz respeito à produção e à disponibilidade de alimentos, e a dimensão nutricional, que diz respeito às relações entre o alimento e o ser humano, necessitam de políticas públicas que gerem mudanças estruturais norteadas pelos princípios do DHAA.

De acordo com Valente (2003), “a alimentação humana se dá na interface dinâmica entre o alimento (natureza) e o corpo (natureza humana), mas somente se

realiza integralmente quando os alimentos são transformados em gente, em cidadãos e cidadãs saudáveis”.

Conforme o Comentário Geral 12 sobre o artigo 11 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais 1999, embora a comunidade internacional venha reafirmando que a alimentação é um direito da pessoa humana, isto não é o suficiente para garantir que milhões de pessoas, em todo mundo, tenham acesso a uma alimentação adequada.

No Brasil, a inserção do direito à alimentação no artigo 6º da Constituição Federal tem importância jurídica e política, pois facilita o uso de argumentos para promover e exigir este direito por e perante aqueles que, por razões ideológicas, políticas ou técnicas, não fazem uma interpretação da Constituição Federal que venha garantir a promoção e a exigibilidade do DHAA (BRASIL, 2010).

O direito à alimentação adequada terá de ser resolvido de maneira progressiva. Sendo, os estados, obrigados a implementar ações para mitigar e aliviar a fome. “Fundamentalmente, as raízes do problema da fome e desnutrição não residem na falta de alimento, mas na falta de acesso ao alimento disponível, entre outras razões por causa da pobreza de grandes segmentos da população mundial” (COMENTÁRIO GERAL 12, 1999).

A garantia do DHAA perpassa por várias dimensões e há necessidade de um olhar holístico embasado nos princípios básicos de universalidade, equidade, indivisibilidade, inter-relação na realização, respeito à diversidade e não discriminação (VALENTE 2003).

Segundo, Burity *et al.* (2010), a promoção da garantia do DHAA se dará através da realização da reforma agrária, da agricultura familiar, de políticas de abastecimento, de incentivo à práticas agroecológicas, da vigilância sanitária dos alimentos, de abastecimento de água e saneamento básico, de alimentação escolar, da alimentação e nutrição da mãe e do feto, do aleitamento materno exclusivo, da não discriminação de povos, etnia e gênero entre outros.

## 2.4 AVALIAÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Segundo Pérez- Escamilla e Segall-Corrêa (2008) existem cinco métodos mais comuns que são utilizados para avaliação da insegurança alimentar. Quatro desses métodos são indiretos ou medidas derivadas: método da FAO (indicador de medida de disponibilidade calórica média diária *per capita*), Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF), avaliação de consumo dietético individual e antropometria. O único método direto para a medida de insegurança alimentar é representado por uma escala baseada na experiência de insegurança alimentar.

O método da FAO calcula a disponibilidade calórica *per capita* a partir do balanço entre os alimentos produzidos e importados e aqueles exportados, perdidos no transporte e armazenamento ou destinados para outros fins, sendo o valor estimado dividido pelo número de habitantes, transformado em calorias e relacionado com o valor de referência de necessidade mínima energética que varia de acordo com o país pesquisado. É um instrumento de baixo custo, é um indicador de comparabilidade com outros países, mas que não é capaz de medir o acesso ao alimento e a qualidade da dieta (PÉREZ- ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

O método de Pesquisa de Orçamento Familiar é baseado em entrevistas em domicílios. Os respondentes fornecem informações sobre: renda familiar, a quantia gasta em alimentos consumidos dentro e fora de casa, alimentos recebidos por algum membro da família como forma de pagamento de serviços ou presente, alimentos produzidos no próprio domicílio e o valor gasto em outras necessidades. Esse método possibilita avaliar a adequação da energia alimentar nos domicílios, a variedade da dieta e permite a identificação das famílias sob o risco de insegurança alimentar. A conversão de alimentos em energia está sujeita a uma alta margem de erro e exige grande número de equipes, dificultando a aplicação nacional anualmente (PÉREZ- ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

A avaliação de consumo dietético individual é outro método que consegue medir de forma mais eficaz a questão da insegurança alimentar, pois questiona diretamente cada pessoa ou membro habilitado da família sobre a ingestão de alimentos de acordo com o período de referência adotado na pesquisa. O consumo alimentar é mensurado através de questionários de frequência alimentar, recordatórios de 24 horas e o registro do peso dos alimentos ingeridos. Os alimentos

são analisados de acordo com a composição química e nutricional e estas informações são comparadas com as recomendações diárias de cada nutriente, permitindo avaliar a adequação do consumo energético e de nutrientes da população. Os métodos mais utilizados em pesquisas nacionais são o recordatório 24 horas e frequência alimentar, mas apresentam desvantagens, devido à dependência da memória do entrevistado, dificuldades para estimar o tamanho das porções e omissões de alimentos. O ponto positivo é que este indicador mede a quantidade e a qualidade da alimentação de modo direto, sendo capaz de avaliar o risco de insegurança alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

A antropometria é um método que avalia, através da mensuração das proporções do corpo humano (peso, altura ou comprimento) tomando como base valores de referência, o estado nutricional do indivíduo. A partir dos resultados estima-se a prevalência de pessoas que estão desnutridas. O custo deste método é baixo, permite o mapeamento nacional e local da segurança alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

No começo dos anos 90, o baixo peso foi um dos indicadores de insegurança alimentar indireto mais usado. Embora a medida antropométrica seja importante para avaliar e entender a SAN num projeto interdisciplinar, se for utilizado como único indicador não será suficiente para compreensão integral do problema (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Nas últimas décadas houve avanços importantes na medida da insegurança alimentar das famílias. Novos métodos que se baseiam na percepção ou experiência relatada pelos indivíduos afetados foram desenvolvidos (SEGALL *et al.* 2004). A utilização destes métodos permitiu avançar das estimativas indiretas da insegurança alimentar, para o dimensionamento direto das deficiências quantitativas e qualitativas de acesso ao alimento (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Nos Estados Unidos, a partir dos anos 80, iniciaram-se estudos com o objetivo de desenvolver novos indicadores para a mensuração da fome, pois os métodos tradicionais não atendiam mais às necessidades para compreender a dimensão da insegurança alimentar e nutricional (INSAN). Esses estudos de caráter qualitativo e quantitativo deram origem a uma escala de medida da SAN -*Household Food Security Scale Measurement* - baseada em projetos desenvolvidos por Radimer *et al.* na Universidade de Cornell (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

No Brasil, no ano de 2003, pesquisadores, ao analisar as vantagens e desvantagens dos indicadores tradicionais, discutiram a adaptação e validação da escala desenvolvida pelo *United States Department of Agriculture* (USDA). Esse estudo resultou na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (SEGALL *et al.* 2004).

Este método consiste na aplicação de questionários para medição da insegurança alimentar em um determinado período de referência, com perguntas que visam captar a percepção da segurança ou insegurança alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005). Estas perguntas são fechadas, realizadas diretamente a uma pessoa da família, com respostas positivas e negativas, ordenadas de forma a considerar o processo de insegurança alimentar crescente - a escala apresenta-se em um gradiente de severidade, iniciando pelo receio da pessoa de que a família venha a passar privação alimentar, passando pela redução na qualidade da alimentação e pela redução do consumo de alimentos pelos adultos, logo a seguir, pelas crianças, podendo chegar até o nível mais grave da insegurança alimentar, que é a fome (SAMPAIO *et al.*, 2006).

A soma dos escores resultará em segurança alimentar, insegurança alimentar leve, insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave:

Quadro 1: Classificação da segurança alimentar segundo a soma dos escores

1. Segurança alimentar – Todas as respostas aos itens da EBIA são negativas. Neste caso não há problema de acesso aos alimentos em termos qualitativos ou quantitativos e não há preocupação de que os alimentos venham a faltar no futuro.
2. Insegurança alimentar leve – De uma a cinco respostas positivas aos itens. Há preocupação com a falta de alimentos no futuro próximo e estratégias para que os alimentos durem mais.
3. Insegurança alimentar moderada – De seis a dez respostas positivas aos itens. Nesta situação há comprometimento da qualidade da alimentação, na busca de manter a quantidade necessária. Neste nível da insegurança, inicia-se a redução da quantidade de alimentos entre os adultos da família.
4. Insegurança grave – De onze a quinze respostas positivas. Condição em que há restrição da quantidade de alimentos, levando à situação de fome entre adultos e crianças da família.

Fonte: SAMPAIO *et al.*, 2006

As informações obtidas através das escalas psicométricas permitem estabelecer um conceito de segurança alimentar e facilitar a compreensão da mesma pelos responsáveis por políticas públicas. A aplicação da escala requer a

validação e adaptação para diferentes realidades e culturas, no entanto não substitui os instrumentos indiretos para medir a vulnerabilidade à insegurança alimentar, como a renda e outras condições sociais ligadas à pobreza (MARÍN-LÉON *et al.*, 2011). Este instrumento possibilita também, que os países possam descentralizar ainda mais seus esforços para monitorar e combater a insegurança alimentar (PÉREZ- ESCAMILLA, 2005).

## 2.5 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Embora um contingente significativo de domicílios brasileiros venha experimentando algum grau de insegurança alimentar, o que implica em alimentação insuficiente, seja quanti e/ou qualitativamente, a população brasileira vem sofrendo uma mudança no seu perfil nutricional, com redução importante da desnutrição e aumento nas prevalências de excesso de peso e obesidade.

O aumento da prevalência da obesidade em países em desenvolvimento comprova que a insegurança alimentar está retrata não só na falta de alimentos, mas na qualidade da alimentação e desmistifica que os excessos alimentares são predominantes entre os países desenvolvidos.

Comparando-se os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado entre 1974-1975, com os dados levantados pela Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2009, verifica-se declínio importante na desnutrição e aumento no excesso de peso e obesidade entre a população adulta brasileira. O déficit de peso declinou de 8,0% para 1,8% entre homens e de 11,8 para 3,6% entre as mulheres. Já o excesso de peso aumentou de 18,5% para 50,1% nos sexo masculino e de 28,7% para 48,0% no sexo feminino, representando um aumento de 63,0% e 40,2%, respectivamente. A prevalência de obesidade, por sua vez, aumentou de 2,8% para 12,4% no sexo masculino; e de 8,0 para 16,9% no sexo feminino, representando um aumento de, 77,4% e 52,6%, respectivamente (IBGE, 2010b). Uma possível explicação para esse aparente paradoxo – insegurança alimentar e excesso de peso - poderia ser o aumento no consumo de alimentos refinados, ricos em gorduras e açúcares, com conseqüente redução de carboidratos complexos e fibras (POPKIN, 1993: POPKIN, 2011). Esses alimentos têm, como características, alta

palatabilidade e menor custo, o que favoreceria o seu consumo pelas camadas mais pobres da população, em detrimento de dietas mais saudáveis, à base de frutas, vegetais e grãos, porém, com custo elevado, resultando numa hipótese econômica da obesidade (DREWNOWSKI, SPECTER, 2004; DREWNOWSKI *et al.*, 2005).

Os estudos realizados em diferentes lugares têm evidenciado uma associação entre o nível socioeconômico e obesidade.

Uma pesquisa conduzida nos estados americanos do Alabama, Mississippi, Tennessee, Louisiana e Colorado demonstrou a associação entre nível socioeconômico e obesidade. As variáveis mais relacionadas com obesidade foram: renda abaixo do nível de pobreza; recebimento de vale alimentação; desemprego e nível geral de renda. A variabilidade na ocorrência de obesidade explicada por estas variáveis foi, respectivamente, 43,8%, 42,7%, 10,3% e 1,8%. Observou-se, ainda, que em determinados bairros brancos e não hispânicos havia maior disponibilidade de supermercados do que em bairros africanos e hispânicos, o que favoreceria a compra de alimentos mais saudáveis. Aqueles que recebiam vale alimentação, ao invés de aumentarem o consumo de frutas e verduras, aumentaram o consumo de carnes, gorduras e açúcares (AKIL; AHMAD, 2011).

Em países menos desenvolvidos, segundo Cassady, Jetter, Culp, (2007), a obesidade apresenta-se entre os grupos de menor status socioeconômico, associando-se a baixa renda ao acesso a alimentos com alta densidade energética, e menor acesso aos alimentos mais saudáveis devido ao seu alto custo. A falta de renda, em função de baixos salários e do desemprego, bem como a falta de canais de abastecimento locais, limitam o acesso ao alimento nutricionalmente adequado (BELIK; SILVA; TAKAGI, 2001).

Outro fator associado ao crescimento da obesidade nos países em desenvolvimento é a questão da urbanização e do êxodo rural. Muitas vezes, pessoas que moravam na zona rural, que mantinham seu autossustento através de alimentos naturais, se deslocam para a zona urbana em busca de melhores condições de vida e acabam mudando hábitos alimentares mais saudáveis por alimentos processados, ingerindo alimentos mais baratos e altamente energéticos (HOFFMAN, 2002).

As mudanças nos padrões alimentares que acompanham a transição não modificam a situação de insegurança alimentar que, neste caso, se expressa pelo excesso de peso em famílias de baixa renda e não, como muitas vezes ocorre, em

carências nutricionais com consequências físico-biológicas (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Cada vez mais se evidencia a associação do sobrepeso e da obesidade com insegurança alimentar moderada. Algumas teorias são propostas para explicar esta associação, como o aumento no consumo de alimentos de alta densidade energética com menor preço; ansiedade e incerteza de se ter uma alimentação regular provocando transtornos alimentares e adaptações metabólicas a períodos de jejum constantes (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Então, nos deparamos com outro problema consequente da insegurança alimentar, a má alimentação contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

O aumento dos casos de obesidade na população e conseqüentemente a crescente prevalência das doenças crônicas não transmissíveis influenciam os sistemas de saúde dos países, aumentando as despesas com a saúde pública (HOFFMAN, 2008).

.Portanto, estratégias e ações no campo da alimentação e nutrição, a fim de garantir condições de saúde para a população brasileira devem ser realizadas. De acordo com Batista Filho; Rissin (2003) “as ações setoriais ainda não apresentam o grau de agilidade e o nível de eficácia para responder, com presteza, aos desafios que o quadro mutante do cenário epidemiológico brasileiro aconselha e reclama”. O objetivo da segurança alimentar implicaria combinar ações assistenciais compensatórias frente a questões emergenciais como a fome, com políticas de caráter estruturante visando assegurar o acesso aos alimentos, sem comprometer parcela substancial da renda familiar, a disponibilidade de alimentos de qualidade, originados de formas produtivas eficientes, porém, não excludentes e sustentáveis e promover educação alimentar e nutricional para a população, veiculando informações sobre uma alimentação segura (MALUF; MENEZES; VALENTE, 1996).

### 3 JUSTIFICATIVA

O presente trabalho tem como escopo dimensionar a insegurança/segurança alimentar de famílias atendidas pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), do município de Gravataí.

O SUAS é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil [...] coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O Sistema é composto pelo poder público e sociedade civil, que participam diretamente do processo de gestão compartilhada. O SUAS organiza as ações da assistência social em proteção social básica e especial (MDS, 2012).

O Sistema engloba também a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidades.

Os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) atuam como a principal porta de entrada do SUAS, dada sua capilaridade nos territórios e é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. O principal serviço ofertado pelo CRAS é o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Este consiste em um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (MDS, 2012).

A questão alimentar e nutricional da população representam o grau de equidade social e o padrão de desenvolvimento de uma sociedade. A alimentação constitui-se no próprio direito à vida. E, por isto, sobrepõe-se a qualquer outra razão que possa justificar sua negação, seja de ordem econômica ou política. Negar este direito é, antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida (MALUF; MENEZES ; VALENTE, 1996).

Portanto, este trabalho se justifica quando, ao dimensionar o nível de insegurança alimentar, oportuniza-se um espaço de reflexão para analisar e avaliar as políticas e ações oferecidas em nível municipal, como também, para promover

iniciativas na área da alimentação e nutrição. A escolha do município de Gravataí e das famílias usuárias do PAIF se deve à atuação da pesquisadora neste âmbito.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL:

Medir a insegurança alimentar em famílias participantes no Programa de Atenção e Atendimento Integral à Família.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar as famílias segundo variáveis demográficas e socioeconômicas;
- Determinar a prevalência de insegurança alimentar;
- Mensurar os níveis de insegurança alimentar;
- Descrever a insegurança alimentar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas;
- Avaliar o estado nutricional dos respondentes da pesquisa;
- Descrever a insegurança alimentar segundo o estado nutricional dos respondentes.

## 5 MÉTODOS

### 5.1 DELINEAMENTO

O presente trabalho é um estudo observacional descritivo.

### 5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

O estudo foi conduzido em Gravataí, município que integra a Região Metropolitana, distante 22 km de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o censo de 2010, tem uma população de 255.762 habitantes (IBGE, 2010).



Figura 1: Localização do município de Gravataí, RS. Região Metropolitana de Porto Alegre

Fonte: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:RioGrandedoSul\\_Municip\\_Gravatai.svg](http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:RioGrandedoSul_Municip_Gravatai.svg)

### 5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi constituída pelas famílias que participam dos grupos de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) do município de Gravataí.

#### 5.3.1 Critérios de inclusão

As famílias pesquisadas estão referenciadas nos quatro CRAS da cidade de Gravataí, situados em diferentes regiões. CRAS Barnabé abrange: Costa do Ipiranga (zona rural), Águas Claras, Vila Branca, São Vicente, Moradas e São Geraldo; CRAS Centro abrange: Parque dos Anjos, Itacolomi (zona rural), Centro; CRAS São Judas Tadeu abrange: Parque Florido, COHAB A, vila Central, São Jerônimo; CRAS Barro Vermelho abrange: Barro Vermelho e Morungava (zona rural e locais de assentamento).

#### 5.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas as famílias que estavam inseridas no Programa a menos de três meses.

### 5.4 AMOSTRAGEM

Foram consideradas todas as famílias inscritas no programa que atenderam aos critérios de elegibilidade. Este número correspondeu a 120 famílias.

## 5.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário com questões elaboradas pela pesquisadora e questões da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA. Esta escala é uma adaptação do questionário de insegurança alimentar do United States Department of Agriculture (USDA), tendo sido validada no Brasil (SEGALL-CORRÊA et al., 2003). O questionário foi respondido pelos (as) participantes dos grupos de convivência do PAIF.

## 5.6 VARIÁVEIS

As variáveis consideradas: insegurança alimentar, características sócio demográficas da família e do respondente, bem como o estado nutricional do respondente.

### 5.6.1 Insegurança alimentar

Foi medida com a EBIA que capta através da percepção de cada indivíduo o nível de insegurança alimentar. O questionário é formado por 15 perguntas: nove delas relativas aos adultos moradores no domicílio e seis às crianças. A cada pergunta da escala, referente ao período de noventa dias que antecedem ao dia da entrevista, são dadas as alternativas de respostas “sim” ou “não”. Cada resposta afirmativa do questionário de insegurança alimentar representa 1 ponto, sendo a pontuação da escala sua soma, variando em uma amplitude de 0 a 15 pontos. As famílias foram classificadas como tendo insegurança alimentar se a soma dos pontos for igual ou maior que um. Ainda de acordo com a soma de pontos, a insegurança alimentar será categorizada como Leve – 1 a 5 pontos, Moderada – 6 a 10 pontos e Grave – 11 a 15 pontos (SEGALL-CORRÊA et al. 2004).

### **5.6.2 Características sócio demográficas da família**

- Idade do chefe da família – coletada em anos.
- Sexo do chefe da família – perguntado pelo entrevistador e classificado em feminino e masculino.
- Escolaridade do chefe da família – coletado em anos completos de estudo.
- Ocupação do chefe da família – coletada como variável categórica com as seguintes opções de resposta: (0) Trabalhando; (1) Desempregado(a); (2) Aposentado(a); (3) Pensionista; (4) Encostado(a); (5) Outra.
- Número de pessoas no domicílio – coletada como variável contínua com a pergunta “Contando com o Sr.(a), quantas pessoas moram na sua casa?”.
- Número de pessoas no domicílio com 18 anos ou menos – coletada como variável contínua com a pergunta “Quantas pessoas na sua casa têm 18 anos ou menos?”.
- Renda familiar – coletada como variável categórica, considerando a soma de todos os rendimentos dos moradores da casa, com as seguintes opções de resposta: (0) menos de um salário mínimo (SM); (1) um a dois SM; (2) três a quatro SM; (3) cinco ou mais SM.

### **5.6.3 Características sócio demográficas do respondente**

- Idade – coletada em anos.
- Sexo – observado pelo entrevistador e classificado em feminino e masculino.
- Escolaridade – coletado em anos completos de estudo.

### **5.6.4 Estado nutricional do respondente**

O estado nutricional foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que é a razão entre a massa corporal em quilogramas (kg) e o quadrado da altura

em metros ( $m^2$ ) e categorizado em magreza (IMC: <16 a 18,4  $kg/m^2$ ); eutrofia (IMC: 18,5 a 24,9  $kg/m^2$ ); sobrepeso (IMC: 25,0 a 29,9  $kg/m^2$ ) e obesidade (IMC:  $\geq 30,0$   $kg/m^2$ ) [WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1995].

Para aferição da massa corporal foi utilizada balança digital, com capacidade de 150 kg e precisão de 0,1 Kg. Os respondentes estavam posicionavam-se em pé, descalços, com os braços estendidos ao lado do corpo e a cabeça reta. A altura dos participantes foi medida com estadiômetro portátil, com capacidade de 2 m e precisão de 0,1 cm (WHO, 1995).

## 5.7 LOGÍSTICA

A entrevista e as aferições da massa corporal e da altura foram realizadas, individualmente, em sala apropriada dentro do CRAS, com agendamento prévio.

Em data anterior à entrevista, durante o grupo, foi apresentada a pesquisa e a dinâmica da coleta de dados, bem como, explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Neste momento, os voluntários assinaram o TCLE.

## 5.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha de Excel© e em seguida transferidos para o pacote estatístico SPSS, versão 19. Os dados foram descritos por meio de médias e desvios-padrão (variáveis quantitativas) e de proporções (variáveis categóricas). Para avaliar as diferenças na distribuição da IA, segundo as variáveis estudadas, utilizou-se o teste do qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

## 5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS. A coleta de dados foi realizada somente após explicação e esclarecimento de possíveis dúvidas sobre o estudo, bem como, após a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, dos respondentes. O termo de consentimento incluiu a permissão para contatos telefônicos com a pesquisadora.

Aos respondentes foi garantido total anonimato em relação aos dados, bem como o direito de optar por não participar da pesquisa ou poder abandoná-la a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Os principais resultados serão apresentados à Secretaria Municipal do Trabalho, Cidadania e Assistência Social. Os respondentes que apresentaram alteração do estado nutricional serão orientados a procurarem o serviço de saúde.

## 6 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos com a aplicação dos questionários em participantes dos grupos de famílias dos CRAS de Gravataí, RS. Foram realizadas 120 entrevistas entre os meses de junho e julho de 2012.

As características demográficas das 120 famílias participantes da pesquisa estão demonstradas na tabela 1. Os respondentes que participaram da pesquisa eram, em sua maioria, do sexo feminino (95,8%), com idade média de 46 anos. Em relação ao chefe da família, a maior proporção foi do sexo feminino (52,5%), com média de idade de 47,6 anos.

**Tabela1. Caracterização demográfica das famílias. Gravataí, 2012.**

Variáveis	% / Média $\pm$ DP
<b>Sexo do respondente (%)</b>	
Masculino	4,2
Feminino	95,8
<b>Idade do respondente (Média <math>\pm</math>DP)</b>	46,1 $\pm$ 16,0
<b>Sexo do chefe (%)</b>	
Masculino	47,5
Feminino	52,5
<b>Idade do chefe (Média <math>\pm</math>DP)</b>	47,6 $\pm$ 15,5

**Fonte:** Elaborada pela autora

A tabela 2 apresenta os resultados referentes à caracterização socioeconômica das famílias participantes da pesquisa. Segundo os dados analisados, os respondentes do questionário estudaram em média 5 anos e o chefe de família em média 6 anos. Quanto à ocupação do chefe de família, mais da metade estão desempregados (34,2%) ou têm trabalho informal (27,5%). Em relação à renda familiar, a maioria das famílias estudadas tem renda menor que 1 salário mínimo (60%). Quanto ao número de moradores, os domicílios eram compostos, em

média, por 3 moradores. As famílias tinham em média 2 pessoas menores ou com até 18 anos de idade.

**Tabela 2 - Caracterização socioeconômica das famílias. Gravataí, 2012.**

<b>Variáveis</b>	<b>Média±DP</b>
<b>Escolaridade do respondente (anos)</b>	5,2±3,1
<b>Escolaridade do chefe (anos)</b>	6,0±9,1
<b>Número de moradores</b>	3,5±2,2
<b>Número de moradores ≤ 18 anos</b>	1,7±1,2
<b>Ocupação do chefe da família</b>	<b>%</b>
Desempregado	34,2
Trabalho informal	27,5
Trabalho formal	14,2
Aposentado	14,2
Pensionista	5,0
<b>Renda familiar</b>	<b>%</b>
< 1 SM	60,0
1-2 SM	36,7
≥3 SM	3,3

**FONTE:** Elaborado pela autora

Os níveis de insegurança alimentar estão descritos na Tabela 3. A insegurança alimentar esteve presente em (94,9%) das famílias pesquisadas, sendo que 40,2% apresentaram insegurança alimentar moderada, 29,1% grave e (25,6%) leve.

**Tabela 3 – Prevalência de Insegurança Alimentar nas famílias. Gravataí, 2012**

<b>Nível de insegurança alimentar</b>	<b>%</b>
Segurança alimentar	5,1
Insegurança alimentar leve	25,6
Insegurança alimentar moderada	40,2
Insegurança alimentar grave	29,1

**FONTE:** Elaborado pela autora

A análise das características demográficas do chefe da família e a relação com insegurança alimentar apresentam-se na Tabela 4. Não se observou associação estatisticamente significativa entre a idade e o sexo do chefe de família com insegurança alimentar.

**Tabela 4 – Insegurança alimentar segundo variáveis demográficas do chefe da família. Gravataí, 2012.**

<b>Variáveis</b>	<b>Nível de insegurança alimentar</b>		<b>P valor</b>
	<b>SA</b>	<b>IA</b>	
<b>Idade do chefe (M±DP)</b>	51,5±14,3	47,4±15,6	0,528
<b>Sexo do chefe (%)</b>			0,422
Masculino	7,0	93	
Feminino	3,2	96,8	

**FONTE:** Elaborado pela autora

A renda familiar apresentou associação significativa com a insegurança alimentar (Tabela 5). Quanto menor a renda familiar maior a proporção de famílias com IA.

Para avaliar a relação entre IA e ocupação do chefe, realizou-se uma reclassificação da variável: renda fixa (aposentados, pensionistas, encostados e trabalhadores formais) e sem renda fixa (trabalhadores informais e desempregados). Verificou-se que famílias de chefes com renda fixa apresentaram significativamente menor insegurança alimentar (89,1%) do que as que não possuíam renda fixa (98,6%).

A escolaridade do chefe de família, a presença de moradores com até 18 anos de idade e o número de moradores nos domicílios não apresentaram relação estatisticamente significativa com insegurança alimentar.

**Tabela 5 – Insegurança alimentar segundo variáveis socioeconômicas do chefe da família e da família. Gravataí, 2012.**

Variáveis	Nível de insegurança alimentar		
	SA	IA	P valor
<b>Escolaridade do chefe (M±DP)</b>	6,5±4,9	6,0±9,3	0,820
<b>Ocupação do chefe (%)</b>			0,03
Com renda fixa	10,9	89,1	
Sem renda fixa	1,4	98,6	
<b>Renda familiar (%)</b>			0,001
< 1 SM	1,4	98,6	
1-2 SM	6,8	93,2	
≥3 SM	50,0	50,0	
<b>Número de moradores (M±DP)</b>	4,0±1,7	3,5±2,2	0,510
<b>Número de moradores ≤18 anos (M±DP)</b>	1,7±1,0	1,7±1,9	0,971

**FONTE:** Elaborado pela autora

A tabela 6 apresenta os dados referentes à associação entre o estado nutricional dos respondentes e o nível de insegurança alimentar familiar. Os respondentes com índice de massa corporal  $<25 \text{ kg/m}^2$  foram avaliados como eutróficos e os respondentes com índice de massa corporal  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$  foram avaliados como sobrepeso e obesidade. Apesar da menor prevalência de obesidade entre aqueles com IA quando comparados aqueles com SA, não se observou diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 6. Estado nutricional do respondente segundo o nível de insegurança alimentar da família. Gravataí, 2012.**

Nível de insegurança alimentar	Índice de Massa Corporal				P valor
	$<25 \text{ kg/m}^2$		$\geq 25 \text{ kg/m}^2$		
	n	%	n	%	
SA	1	16,7	5	83,3	0,852
IA leve	6	20,0	24	80,0	
IA moderada	13	27,7	34	72,3	
IA grave	8	23,5	26	76,5	

**FONTE:** Elaborado pela autora

## 7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo determinar a prevalência de insegurança alimentar e os fatores associados nas famílias participantes dos grupos de famílias do programa PAIF, da cidade de Gravataí, RS. A prevalência de insegurança alimentar encontrada nestas famílias foi de 94,9%, com maior proporção de IA moderada (40,2%).

A prevalência de insegurança alimentar encontrada neste estudo foi bastante alta, com valor superior ao da pesquisa da PNAD 2009, que encontrou 30,2% de domicílios da população brasileira com algum grau de insegurança alimentar. Segundo dados do IBGE de 2004-2009 para o Rio Grande do Sul, as proporções de domicílios na situação de insegurança alimentar foram de: 14% IA leve, 3,1% IA moderada e 2,0% IA grave (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Porém, em pesquisa conduzida com população constituída por famílias residentes na zona urbana do município de Campinas, São Paulo, Brasil, também se observou elevada prevalência de insegurança alimentar (60,5%). O estudo revelou subgrupos mais vulneráveis às condições de vida desfavoráveis e reforçou a situação de iniquidade (PANIGASSI *et al.*, 2008).

As proporções encontradas no presente estudo sugerem que as famílias pesquisadas apresentam-se em situação de extrema vulnerabilidade, impossibilitadas de acessar uma alimentação adequada, resultado das condições de vida precárias a que estão sujeitas.

Segundo dados da PNAD (2009), a insegurança alimentar foi maior em domicílios cuja pessoa de referência era mulher (14,2% vs. 10,2%). Ainda, em pesquisa no Distrito Federal (DF), que analisou fatores associados à insegurança alimentar, verificou-se que quando a pessoa de referência da família era a mulher, 29,9% dos domicílios eram inseguros, comparado com 21,7% no caso do homem como responsável (GUBERT; SANTOS, 2009). No presente estudo, a maioria dos domicílios era chefiado por mulheres, no entanto, não houve associação estatística significativa com insegurança alimentar.

Embora a pesquisa da PNAD-2004 tenha demonstrado que, entre aqueles sem instrução ou com menos de um ano de estudo a IA moderada e grave foi da ordem de 29,9% e, entre aqueles com 11 ou 14 anos de estudo, este percentual foi

4,1 vezes menor (7,1%), com diminuição desta razão para 3,34, em 2009, (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a), em nosso estudo não se observou diferença estaticamente significativa no tempo de estudo do chefe da família, nos domicílios com e sem insegurança alimentar. O grau de instrução da população pesquisada confirma a relação com a baixa remuneração da maioria das famílias e com o tipo de ocupação do chefe de família.

Em relação ao número de moradores do domicílio, segundo a PNAD (2009) nos domicílios com 7 pessoas ou mais, 30,8% passavam por restrição alimentar, e em domicílios com até 3 moradores este número caía para 9,7%. Em Duque de Caxias, a segurança alimentar associou-se significativamente ao número de moradores no domicílio. Entre as famílias com pelo menos 8 moradores, 48,0% das famílias foram classificadas em situação de insegurança alimentar moderada ou grave (SALLES-COSTA *et al.*, 2008). No presente estudo, não se encontrou relação entre o número e moradores do domicílio e IA. Da mesma forma, não se observou qualquer associação entre o número de moradores com idade igual ou menor do que 18 anos e IA.

Este estudo mostrou que a faixa de renda predominante ficou situada em menos de um salário mínimo mensal (60%). Das famílias que recebiam menos de um salário mínimo, 98,6% apresentaram insegurança alimentar, já as famílias que recebiam 3 salários ou mais, 50% estavam em situação de insegurança alimentar. Segundo estudo populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, com uma amostra de 1.450 domicílios, no grupo de menor renda foi encontrado as maiores prevalências de insegurança alimentar (SANTOS, GIGANTE, DOMINGUES, 2010).

Em pesquisa realizada em Campos Elíseos, Duque de Caxias, RJ, somente 12,0% dentre as famílias com renda mensal *per capita* menor que  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo referiram segurança alimentar; enquanto que 21,3% relataram insegurança alimentar grave. À medida que a renda *per capita* aumentou, a proporção de famílias em segurança alimentar também aumentou, chegando a 76,9% entre as que tinham renda *per capita* de um salário mínimo ou mais (SALLES-COSTA *et al.*, 2008).

De acordo com estudo realizado nos municípios do interior da Paraíba, observou-se prevalência de 11,3% de insegurança alimentar grave, 17,6% insegurança alimentar moderada, 23,6% de insegurança alimentar leve. O principal motivo referido para insegurança alimentar foi a falta de dinheiro para aquisição de alimentos. As famílias do menor estrato de renda apresentaram menor prevalência

de insegurança alimentar grave, quando incluídas em programas sociais (SEGALL-CORRÊA; VIANNA, 2008).

Os resultados obtidos neste estudo tiveram como principal associação a situação socioeconômica das famílias entrevistadas – renda e ocupação do chefe de família - sendo que uma variável tem relação direta com a outra. O público pesquisado faz parte do programa PAIF que tem como critério de inserção a vulnerabilidade social e renda mensal *per capita* igual ou inferior a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. Muitas vezes, as famílias recebem um valor do Programa Municipal de Complementação de Renda Familiar e/ou do Programa Bolsa Família, que pode ser o único rendimento familiar, o que não modifica significativamente as condições dessas famílias quanto ao acesso aos alimentos.

No estudo realizado em Antioquia, Colômbia, em domicílios rurais e urbanos, observou-se associação significativa da ocupação do chefe de família com a baixa remuneração. Esta situação limitava o acesso das famílias à quantidade e qualidade dos alimentos, pois era necessário utilizar um percentual elevado da renda na compra de alimentos (ÁLVARES *et al.*, 2006).

O estado nutricional das famílias pesquisadas demonstrou a questão da transição nutricional. Embora, o estado nutricional dos respondentes não tenha apresentado significância estatística na associação com insegurança alimentar, pode-se observar uma grande prevalência de sobrepeso e obesidade nestas famílias (76%).

Comparando-se os dados do Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF), realizado entre 1974-1975, com os dados levantados pela Pesquisa de Orçamento Familiar de 2008-2009, verifica-se declínio importante na desnutrição e aumento no excesso de peso e obesidade entre a população adulta brasileira. O déficit de peso declinou de 8,0% para 1,8% entre homens e de 11,8 para 3,6% entre as mulheres. Já o excesso de peso aumentou de 18,5% para 50,1% no sexo masculino e de 28,7% para 48,0% no sexo feminino, representando um aumento de 63,0% e 40,2%, respectivamente. A prevalência de obesidade, por sua vez, aumentou de 2,8% para 12,4% no sexo masculino; e de 8,0 para 16,9% no sexo feminino, representando um aumento de, 77,4% e 52,6%, respectivamente (IBGE, 2010b).

Na zona rural da cidade de Gravataí, em estudo realizado em 128 famílias, o excesso de peso esteve relatado em 11,7% (MEDEIROS, 2011). Sendo que esta população possuía um nível socioeconômico baixo.

Em Pelotas, também se observou a prevalência elevada de obesidade nas famílias com insegurança alimentar, 31% para as mulheres e 12% para os homens. O excesso de peso também teve alta prevalência nos adultos, mulheres 59% e homens 38% (SANTOS, 2010).

Segundo pesquisas, em países menos desenvolvidos, a obesidade está presente entre os grupos de menor status socioeconômico, indicando acesso a alimentos energéticos e limitado consumo de alimentos saudáveis, devido ao seu alto custo (CASSADY *et al.*, 2007).

## **8 CONCLUSÕES:**

A prevalência de IA encontrada foi bastante elevada (94,9%), com maior proporção de IA moderada (40,2%).

O estudo demonstrou que a maioria dos domicílios são chefiados por mulheres (52,5%).

A média de idade do chefe de família foi de 46,7 anos.

Encontrou-se um grau de escolaridade baixo: escolaridade do chefe de família foi em média de 6,0 anos de estudo e do respondente 5,2 anos.

Quanto à ocupação do chefe de família, mais da metade estão desempregados (34,2%) ou têm trabalho informal (27,5%).

Em relação à renda familiar, a maioria das famílias estudadas tem renda menor que 1 salário mínimo (60%).

Quanto ao número de moradores, os domicílios eram compostos, em média, por 3 moradores. As famílias tinham em média 2 pessoas com 18 anos ou menos de idade.

No estudo houve menor prevalência de obesidade entre aqueles com IA quando comparados aqueles com SA.

Os fatores associados com IA foram a baixa renda e a ocupação do chefe de família.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As famílias pesquisadas apresentam grande vulnerabilidade social, possuem um baixo status econômico prejudicando o seu acesso a uma alimentação adequada em quantidade e qualidade. Pode-se comprovar através deste estudo que estas famílias sofrem com a desigualdade social e demonstram a iniquidade social existente.

A baixa escolaridade apresentada na pesquisa tanto pelo chefe de família como pelo respondente da pesquisa, que muitas vezes é o responsável pelo sustento da família, dificulta a entrada no mercado de trabalho criando-se um ciclo onde o indivíduo que não tem escolaridade, não possui emprego, não percebendo uma renda suficiente para garantir a satisfação de suas necessidades básicas.

A desigualdade social assola estas famílias e compromete a realização do direito fundamental humano que é estar livre da fome. É necessário que ações e políticas públicas, como também iniciativas privadas, viabilizem a oportunidade de melhores condições de vida para estas pessoas. Em nível municipal, são de extrema importância a implementação de políticas de geração de trabalho e renda, incentivo ao cooperativismo e a todas as formas de desenvolvimento de oportunidades para melhora da renda familiar e promoção da segurança alimentar e sustentável para todos.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. M. **A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza.** Rev. Nutr., Campinas, vol. 22, n 6, Nov 2009.

AKIL, L.; AHMAD H. A. **Effects of Socioeconomic Factors on Obesity Rates in four Southern States and Colorado.** Ethn Dis, Inverno, 21(1): 58-62, maio. 2011. Disponível

em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101796/?tool=pubmed>>. Acesso em: 09 abr 2012.

ÁLVARES et al. **Validación de escala de La seguridad alimentaria doméstica em Antioquia, Colombia.** Salud Pública México, vol. 48, n.6, Cuernavaca, dez 2006.

ANTUNES, A.D.; MUTERLLE, J.C.; CUNHA, L. A. **A Importância da Agricultura familiar Para a segurança alimentar.** XII Jornada do Trabalho, Curitiba, 05/08 set, 2011.

BELIK, W. **Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil.** Saúde e Sociedade, Campinas v.12, n.1, p.12-20, jan./jun 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n1/04.pdf>> Acesso em 01 mar 2011.

BELIK, W.; SILVA, J. G.; TAKAGI, M. **Políticas de combate à fome no Brasil.** São Paulo em perspectiva, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 119-129, out./dez. 2001. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ssp/v15n4/10378.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ssp/v15n4/10378.pdf) > Acesso em: 10 abr 2012.

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. Brasília, DF, 15 de setembro de 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm)>. Acesso em: 05 jan 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Segurança alimentar e nutricional: trajetória e relatos da construção de uma política nacional.** Brasília, DF, 2008. 86p.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/legislacao/view>>. Acesso em: 05 jan 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de fev. 2010. p.1,c. 3. Disponível em: <<http://WWW.Presidencia.gov.br/legislacao>> Acesso em: jul 2012.

BURLANDY, L. **A atuação da Sociedade Civil na Construção do campo da alimentação e nutrição no Brasil: elementos para reflexão.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p.63-72, jan 2011. Disponível em: <<http://redelyc.uamex.mx/src/inicio/artpdfPed.jsp?iCve=>>Acesso em: 05 jan 2012.

BURITY, Valéria et al. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.** DF: ABRANDH, 2010. 204 p.

CASEMIRO, J.P. et al. **Direito humano à alimentação adequada: um olhar urbano.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.15,n 4, jul 2010.

CASSADY, Diana, JETTER, Karen M.; CULP, Jennifer. **Is price a barrier to eating more fruits and vegetables for low-income families?** Journal of the American Diet Association, v.107, n.11, p.1909-15, nov. 2007.

COMENTÁRIO GERAL NÚMERO 12. **Direito Humano à Alimentação (art. 11).** Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos/ONU – 1999. Disponível em: WWW. Abrandh.org.br/download/20100702204835.pdf.> Acesso em: 2 ago 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CONSEA. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional.** Brasília, DF; 2004. v. 1. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/publiuacoes-arquivos/principios-e-diretrizes-de-uma-politica-desan>>.Acesso em: 05 jan 2012.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C TORAL, N. **A desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição.** Caderno de Saúde pública, Rio de Janeiro, vol. 24(suppl.2), 2008.

DREWNOWSKI A; SPECTER S. **Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs.** Am J Clin Nutr. 2004;79:6-16.

DREWNOVSKI A; DARMON N. **Food Choices and Diet Costs: an Economic Analysis.** J Nutr. 2005;135:900-904.

FILHO, M. B; RISSIN, A. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(sup. 1): S181-S 191, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>. Acesso em: 18 mar 2012.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS: Food insecurity in the World 2011.Rome, 2011.

GUBERT M.B.; SANTOS L.M.P. **Determinantes da insegurança alimentar no distrito federal.** Com. Ciências Saúde,Distrito Federal, vol.20(2):143-150, jul, 2009

HIRAI, W. G. & ANJOS, F. S. **Estado e segurança alimentar: alcances e limitações de políticas públicas no Brasil.** Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 6 n. 2 p. 335-353. jul./dez. 2007. Disponível em:<

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/2322/3251>> Acesso em: 8 abr 2012

HOFFMAN, D.J. **Obesity in developing countries: causes and implications - FAO**. FAO Corporate Document Repository. 01 ago 2002. Disponível em: <[www.fao.org/DOCREP/y0600m05.htm](http://www.fao.org/DOCREP/y0600m05.htm)>. Acesso em: 10 abr 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004-2009 - Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE): Censo Demográfico 2000-2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar – 2004/2009. Rio de Janeiro, 2010a.

\_\_\_\_\_. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro, 2010b

KEPPLE, A.W.; SEGALL-CORRÊA A. N. **Conceituando e Medindo Segurança Alimentar e Nutricional**. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, jan 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=>> Acesso em: 05 jan 2012.

MALUF; MENEZES; VALENTE. **Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil**. Revista Cadernos em Debate, São Paulo, Vol. 4, p 66-88, 1996. Disponível em: <<http://www.pachamama.agr.br/biblioteca/MALUF001.pdf>> Acesso em: 01 abr 2012.

MALUF, Renato; MENEZES, Francisco. Colab. Suzana Bleil Marques. **Segurança Alimentar: Um conceito em disputa e construção**. IBASE, Rio de Janeiro, 2001.

MARIN-LEON, L. et al. **Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor de pele autorreferida e condição socioeconômica**. Rev. Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, vol.14, n.3, set. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300005>. Acesso em: 03 jan 2012

MEDEIROS, T.M. **Produção, consumo e segurança alimentar entre famílias em um município do Consad Metropolitano Sul**. Brasil. 80. 2011. Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Programa para o Desenvolvimento. **Relatório do desenvolvimento humano**. Nova York, 2006.

PANIGASSI, Giseli *et al.* **Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10) :2376-2384, out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/18.pdf>> Acesso em: 02 jan 2012.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA A. M. **Food insecurity measurement and indicators.** Revista Nutrição, Campinas, SP, vol.21, (suplemento), p.15s-26s, jul/ago 2008.

PINHEIRO A. R. O; CARVALHO, M. F. C.C. **Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.15. n.1, jan 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=>> Acesso em 02 jan 2012.

PESSANHA, L.D.R. **A experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento – breve histórico.** Cadernos de debates, campinas, SP, v. 11, p. 1-37, dez 2004.

POPKIN, B.M., 1993. **Nutritional Patterns and Transitions. Population and Development.** Nutrition Review, 19(1): 138-157.

PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael. **Seguridad Alimentaria Y Nutricional: Marco Conceptual.** In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2005, Belo Horizonte. Sociologia e realidade: pesquisa social no século XXI, 2005.

\_\_\_\_\_. **Contemporary nutritional transition: determinants of diet and its impact on body composition.** Proc Nutr Soc. 2011 February ; 70(1): 82–91.

RECINE, E; VASCONSELLOS, A. B. **Políticas Nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual.** Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol. 16, n.1: 73-79, jan 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 dez 2011.

SALLES-COSTA, Rosana *et al.* **Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro.** Rev. Nutr. vol.21. Sup. 0, Campinas Jul/Ago. 2008.

SAMPAIO, M.F.A *et al.* (In) **Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo.** Segurança alimentar e Nutricional, Campinas, vol. 13, n 1: p. 64-77, 2006. Disponível em:< [http://www.unicamp.br/nepa/arquivo\\_san/inseguranca\\_alimentar.pdf](http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/inseguranca_alimentar.pdf)>. Acesso em: 01 abr 2012.

SANTOS, J.V.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R.; **Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 26, n 1. Jan 2010.

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* (In) **Segurança Alimentar no Brasil.** UNICAMP, Campinas, SP, 47 p., ago. 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao\\_brasil1.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao_brasil1.pdf)>. Acesso em: 06 jan. 2012.

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* **Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas**. Estudos Avançados, São Paulo, SP, vol. 21. n 1. p. 60, ago 2007. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142007000200012>. Acesso em: 01 abr 2012.

\_\_\_\_\_. **(In) segurança alimentar no Brasil: Validação de metodologia para acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras. URBANO/RURAL**. Campinas; 2004. [Relatório Técnico]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicac.cfm>.> Acesso em: 12 jan 2012.

SEGALL-CORRÊA A. M.; MARÍN-LEON L. **A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009**. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, SP, 16(2): 1-19, 2009.

SEGALL-CORRÊA A. M.; VIANNA R. P. T.. **Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil**. Rev. Nutr. Vol. 21, supl. 0, Campinas, SP, ago 2008.

TAKAGI, Maya. **A Implantação da Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: seus limites e desafios**. Brasil. 208 f. 2006. Tese (Doutorado) - Desenvolvimento Econômico, Espaço e Meio Ambiente, Unicamp, Campinas, SP, 2006.

VALENTE, Flávio Luiz Shieck. **Fome, desnutrição e Cidadania: inclusão social e direitos humanos**. Sociedade e Saúde, São Paulo, vol.12, n. 1, jul 2003.

VASCONSELOS, F.A.G. **Um perfil de Nelson Chaves e da sua contribuição em saúde pública no Brasil**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 6, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php? -t>. Acesso em: 08 jan 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Report of the WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser 1995; 854:1-452.

## APÊNDICE A – Questionário

Nº. Questionário: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

CRAS: \_\_\_\_\_

### A – QUESTÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO RESPONDENTE E DA FAMÍLIA

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o Sr.(a) e a sua família.**

Qual o seu nome completo: \_\_\_\_\_

Quantos anos o Sr.(a) tem? \_\_\_\_ \_\_\_\_ anos.

Sexo:  **Observar** [0] Feminino [1] Masculino

Quantos anos completos de estudo o Sr.(a) tem? \_\_\_\_ \_\_\_\_ anos.  
{SE NÃO SOUBER REGISTRAR 99.}

Quantos anos tem o chefe da família? \_\_\_\_ \_\_\_\_ anos.

Qual o sexo do chefe da família? [0] Feminino [1] Masculino

Quantos anos completos de estudo o chefe da família tem: \_\_\_\_ \_\_\_\_ anos.  
{SE NÃO SOUBER REGISTRAR 99.}

Qual é a ocupação do chefe da família?

[0] Trabalhando [1] Desempregado(a) [2] Aposentada(o) [3] Pensionista  
[4] Encostada(o) [5] Outra, qual? \_\_\_\_\_

Contando com o Sr.(a), quantas pessoas moram na sua casa: \_\_\_\_ \_\_\_\_ pessoas

Quantas pessoas na sua casa têm 18 anos ou menos: \_\_\_\_ \_\_\_\_ pessoas

Somando a renda de todas as pessoas que moram na sua casa o total dá: [Citar as opções]

[0] Menos de um SM [1] De um a dois SM [2] De três a quatro SM  
[3] Cinco ou mais SM

### B – QUESTÕES DA EBIA

**A seguir, vou ler algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas como as outras, mas é importante que o Sr.(a) responda a todas elas.**

**EM TODOS OS QUESITOS, O ENTREVISTADOR DEVE REFERIR OS ÚLTIMOS 3 MESES PARA ORIENTAR A RESPOSTA DO ENTREVISTADO.**

Nos últimos 3 meses a(o) senhora (Sr) teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que a(o) senhora(Sr) tivesse condição de comprar ou receber mais comida?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos três meses a comida acabou antes que a(o) senhora(sr) tivesse dinheiro para comprar mais?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) não pode oferecer a(s) suas criança/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(s) criança/adolescente(s) não comeu (comeram) quantidade suficiente porque não havia dinheiro para comprar a comida?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou pularam refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

[0] Sim            [1] Não            [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, a(o) senhora(sr) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para a comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses a(o) senhora(sr) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua (s) criança/adolescente(s), porque não havia dinheiro o suficiente para comprar a comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, alguma vez a(o) senhora (sr) teve de pular uma refeição da (s) criança/adolescente(s) porque não havia dinheiro para comprar a comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, sua(s) criança/adolescente(s) teve (tiveram) fome mas a(o) senhora(sr) simplesmente não podia comprar mais comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

Nos últimos 3 meses, sua(s) criança/adolescente(s) ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida?

[0] Sim [1] Não [9] Não sabe ou recusa responder

## C – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

**Agora vou medir o seu peso e a sua altura.**

PESO (Kg)	
ALTURA (m)	

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Lisiane Ilha da Rosa, aluna do Curso de Especialização em Nutrição Clínica, sob orientação da Dr<sup>a</sup> Ruth Liane Henn, estou realizando a pesquisa “INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS PARTICIPANTES DO SERVIÇO DE PROTEÇÃO E ATENDIMENTO INTEGRAL À FAMÍLIA DA CIDADE DE GRAVATAÍ, RS”. Considerando que a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todas as pessoas ao acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, a pesquisa quer identificar a presença desta situação em famílias que participam de programas sociais com ou sem transferência de renda.

Para a realização dessa pesquisa, será necessário que você responda a um questionário sobre características suas e da sua família bem como sobre a disponibilidade de alimentos e sobre a sensação de fome entre os adultos e/ou crianças que moram na casa. Também serão medidos seu peso e sua altura para avaliar o seu estado nutricional.

Os dados serão utilizados apenas para fins de divulgação de pesquisa científica e analisados de maneira a proteger a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes.

A participação na pesquisa é voluntária, ficando você livre a não responder qualquer pergunta ou, ainda, interromper sua participação em qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo.

A pesquisa é coordenada e executada pela Nutricionista Lisiane Ilha da Rosa. A entrevista será realizada no CRAS nas datas dos encontros dos grupos.

Sua participação na pesquisa estará confirmada com a colocação de seu nome e assinatura no texto abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) sobre os objetivos deste estudo. O entrevistador garantiu que a minha identidade e da minha família será preservada e que receberei resposta a qualquer dúvida sobre esta pesquisa pelo telefone (51) 92325307 da Nutricionista Lisiane Ilha da Rosa.

Uma das vias deste documento ficará comigo e a outra será guardada pela instituição responsável pela pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura da coordenação da pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_