

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA  
CAMPUS ITAQUI  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

ALANNA KELLY VALADÃO GADELHA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR DE NÚCLEOS FAMILIARES  
ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ITAQUI RS**

Itaqui, RS

2014.

ALANNA KELLY VALADÃO GADELHA

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR DE NÚCLEOS FAMILIARES  
ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ITAQUI RS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Nutrição.**

Orientadora: Prof. Lana Carneiro Almeida

Itaqui, RS

2014

## AGRADECIMENTOS

À Deus, àquele que excede o entendimento de nossas faculdades mentais, embora não o possa ver, reconheço-o em todos os meus caminhos, Ele que me faz acreditar na concretização de tudo quanto empenho amor e esforço.

À todos que me apoiaram em todos os dias de aflição e angústia pelos quais passei, em especial, à Paola Zorzo, Dalvana Lopes e Ivanildo Paiva, que mesmo não sendo conhecedores das definições e dimensões da segurança alimentar nutricional, me trouxeram grandes contribuições para realização deste trabalho.

À minha orientadora, Lana Carneiro Almeida, que me direcionou à pesquisar sobre uma área de conhecimento imprescindível no contexto da saúde coletiva e vigilância nutricional. Hoje tenho um olhar mais amplo sobre (in) segurança alimentar, posso dizer que estou à caminho de entender a complexidade deste fenômeno multifacetado.

À minha família, que mesmo distante, colaboram com o que têm de mais nobre (amor) pela minha vida, que não puderam me proporcionar conforto, mas que me passam valores de uma gente batalhadora, honesta e humilde, que mesmo ouvindo as minhas murmurações não me permitiram desistir, e nem poderia, pois, já dizia meu conterrâneo, Patativa do Assaré (in memoriam), ‘eu sou de uma terra que o povo padece, mas não esmorece e procura vencer’.

**AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR  
DE NÚCLEOS FAMILIARES ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ITAQUI/RS**

Alanna Kelly Valadão Gadelha<sup>1</sup>  
Lana Carneiro Almeida<sup>2</sup>  
Elisandra Aranda Gavião<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Graduanda pela Universidade Federal do Pampa. E-mail: alannav.gadelha@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutora em nutrição em saúde pública, professora adjunta na Universidade Federal do Pampa.  
E-mail: lanaalmeida@unipampa.edu.br

<sup>3</sup> Graduada em nutrição, nutricionista da secretaria de saúde do município de Itaqui/RS.  
E-mail: elis\_gav@yahoo.com.br

# **AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR DE NÚCLEOS FAMILIARES ASSISTIDOS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ITAQUI/RS**

## **RESUMO**

Este estudo objetiva identificar a prevalência de Insegurança Alimentar (IA) e fatores associados na população atendida pelo Centro de Saúde de Itaqui/RS. Estudo transversal constituindo-se como análises de indicadores de insegurança alimentar em Núcleos Familiares (NF), realizado por meio da aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Avaliaram-se 81 NF. O índice de segurança alimentar para o total da amostra foi de 37,2%, quanto a Insegurança Alimentar (IA), foi registrada em 62,8%, as categorias moderada e grave perfazem 11,5% do total. Os indicadores com maior proporção de IA estiveram relacionados à domicílios com mais de três moradores, presença de menores de 18 anos e domicílios de madeira. Os resultados deste estudo sugerem que a Segurança Alimentar e Nutricional das famílias pode estar comprometida quando determinantes domiciliares e individuais configuram um espaço propício para inadequação alimentar.

**Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Atenção Primária à Saúde.**

## 1. INTRODUÇÃO

Desde que se iniciou no contexto da saúde pública, o uso do termo Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), são diversas as definições de segurança alimentar; essa terminologia surgiu a partir da Segunda Guerra Mundial, e baseava-se em estratégias para suprir alimentos à população em eventos adversos, como guerras, catástrofes ou períodos de crises econômicas. Em uma análise histórica é possível observar que as políticas de alimentação há alguns anos eram determinadas com base apenas na produção e estoque de alimentos. Somente ao final de longos períodos de escassez, concluiu-se que problemas como fome e subnutrição estavam relacionados a questões de demanda e acesso, assim, o conceito de segurança alimentar foi ampliado (BURLANDY; MENEZES, 2002, p. 49-61).

A segurança alimentar possui quatro dimensões, três diretamente direcionadas ao acesso aos alimentos (quantidade, qualidade e regularidade) e a quarta delas, diz respeito à construção da dignidade e satisfação de outras necessidades básicas, desta forma, argumenta-se hoje sobre Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (SILVA, 2004, p. 13-20).

No Brasil, as políticas públicas para promoção do DHAA são agrupadas em: políticas universais (políticas de saúde), políticas que ampliam a disponibilidade e o acesso aos alimentos e políticas dirigidas à inclusão social, à exemplo destas últimas, o programa de Transferência Condicionada de Renda (TCR) intitulado Programa Bolsa Família (PBF) tem sido notadamente uma referência de política que promove o alívio imediato da miséria e da fome, e à longo prazo visa garantir impactos positivos no desenvolvimento do capital humano (MAGALHÃES; MALUF, 2006).

Devido à necessidade de identificar populações sujeitas à insegurança alimentar, o Brasil adotou uma escala formulada pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, e a partir da validação deste instrumento adotou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) para diagnóstico de (in) adequação do DHAA na população (SEGAL; PÉREZ; SAMPAIO, 2007). Entretanto, os estudos de base que aplicam este instrumento, têm se dado, em maioria, apenas nos grandes centros.

Segundo um levantamento de dados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) intitulado Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), mais de 72 milhões de pessoas convivem com algum grau de insegurança alimentar (leve, moderada ou grave) no país; especificamente no Rio Grande do Sul, são quase 3 milhões de pessoas. Estudos têm mostrado que nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste há uma relação inversa entre este fenômeno e o rendimento domiciliar per capita (MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL, 2008).

Indicadores indiretos como condições de moradia, escolaridade, grupos étnicos e outros podem ser possíveis fatores de risco para insegurança alimentar e nutricional. Em contraste com os indicadores diretos (estado nutricional, parâmetros antropométricos e outros) mensurados apenas num dado momento, os indicadores anteriores podem constatar insegurança alimentar e nutricional à longo prazo, nos planos

individual, domiciliar ou de um segmento social, pois podem se traduzir como condições geracionais de vulnerabilidade (SILIPRANDI, 2002, p. 64-109).

Objetivou-se com este estudo, relacionar a situação de segurança alimentar com indicadores sociais e conhecer o perfil de consumo alimentar bem como formas de acesso aos alimentos da população em geral e de famílias beneficiárias do programa bolsa família, atendidos pelo Centro de Saúde do Município de Itaqui/RS.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, constituindo-se como análise de indicadores de Insegurança Alimentar (IA) de núcleos familiares.

A fundamentação teórica baseia-se nos achados de pesquisas do Instituto Brasileiro de Análises Socioeconômicas (IBASE, 2008) e da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílio (PNAD, 2004).

A população incluída no estudo procede de um município da Fronteira Oeste, do Rio Grande do Sul. Foram entrevistados (mediante assinatura do termo de consentimento livre esclarecido) indivíduos residentes na cidade de Itaqui e comunidades circunvizinhas (de área rural).

O levantamento de dados ocorreu nos meses de maio e junho do ano vigente, por meio da aplicação de entrevistas direcionadas à um sujeito de família, que na ocasião encontrava-se no centro de saúde, à espera por atendimento médico.

Os critérios de exclusão aplicaram-se para os indivíduos que declararam morar sozinhos e com idade menor que dezoito anos.

O questionário foi padronizado nos seguintes blocos:

Bloco 1- **Características dos Moradores**- Número de membros, sexo, idade, escolaridade e situação ocupacional dos chefes de família e presença de titulares de benefício social (transferência condicionada de renda).

Bloco 2- **Características do Domicílio**- Próprio, alugado, cedido ou provindo de benefício social, qualificação da construção (alvenaria, madeira ou outros) e localização (rural ou urbano).

Bloco 3- **Acesso aos Alimentos**- Quais as possíveis formas de alimentação entre os familiares, com as seguintes alternativas: Caça, pesca, doações, agricultura familiar, criação de animais, cestas de alimentos e somente compra.

O entrevistado deveria ser conhecedor de todos os questionamentos, para total caracterização do Núcleo Familiar (NF). O grau de parentesco entre os membros não foi considerado, apenas a (s) pessoa (s) de referência, foram assim descritos os responsáveis pelas principais despesas e administração do domicílio. Para análise dos determinantes domiciliares de risco para comprometimento do acesso aos alimentos, não contemplou-se a renda domiciliar per capita, neste caso utilizaram-se os seguintes indicadores: condições de moradia, número de membros no domicílio, escolaridade e situação

ocupacional do chefe de família, presença /ausência de moradores menores de 18 anos no domicílio e moradores contemplados com o benefício bolsa família.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) foi aplicada para medir a percepção de Insegurança Alimentar (IA) à nível familiar referente aos últimos três meses. O **Quadro** abaixo traz o enunciado das questões referentes à escala.

**Quadro 1.** Perguntas incluídas no suplemento de segurança alimentar

<b>Perguntas</b>
1. Moradores tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2. Alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3. Moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4. Moradores comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
5. Algum morador de 18 anos ou mais de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
6. Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida?
7. Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
8. Algum morador de 18 anos ou mais de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido a falta de dinheiro para comprar comida?
9. Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
10. Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
11. Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
12. Algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida?
13. Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
14. Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
15. Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?

Fonte: IBGE, 2004

Para classificação dos domicílios utilizou-se a pontuação apresentada na **Tabela 1**. A análise baseou-se na soma das respostas afirmativas.

**Tabela 1.** Classificação de segurança alimentar segundo pontuação para domicílios com e sem menores de 18 anos de idade.

Classificação	Pontos de corte para domicílios	
	Com menores de 18 anos	Sem menores de 18 anos
Segurança alimentar	0	0
Insegurança alimentar leve	1 - 5	1 - 3
Insegurança alimentar moderada	6 - 9	4 - 5
Insegurança alimentar grave	10 - 14	6 - 8

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009.

Para a interpretação dos níveis de segurança alimentar, levou-se em consideração (IBGE, 2009): Segurança Alimentar e Nutricional (SAN): Os moradores têm acesso regular e permanente à alimentos, em qualidade e quantidade suficiente sem comprometer o acesso à outras necessidades essenciais; Insegurança Alimentar Leve (IAL): Os moradores possuem preocupação ou incerteza quanto o acesso aos alimentos no futuro; Insegurança Alimentar Moderada (IAM): Os moradores adultos necessitam reduzir quantitativamente o consumo de alimentos para que possam alimentar os menores de 18 anos e Insegurança Alimentar Grave (IAG): Há no domicílio ruptura nos padrões de alimentação em modo quantitativo e qualitativo, a situação chega à comprometer o acesso aos alimentos até mesmo entre as crianças.

O método para avaliação de consumo qualitativo de alimentos constou-se da aplicação de protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2008). A coleta de informações constitui-se de registro da frequência de consumo de dez grupos alimentares por sete dias consecutivos anteriores à entrevista.

Todos os formulários foram revisados e pré-codificados antes da digitação. Para processamento dos dados utilizou-se o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 18. Na análise descritiva dos dados utilizaram-se frequências e médias ( $\pm$  desvio-padrão) das variáveis selecionadas. As análises bivariadas foram contrastadas com as variáveis de segurança alimentar (ausência/presença) por meio do teste qui-quadrado ( $X^2$ ), considerou-se um nível de significância de 5%.

### 3. ANÁLISES DOS RESULTADOS

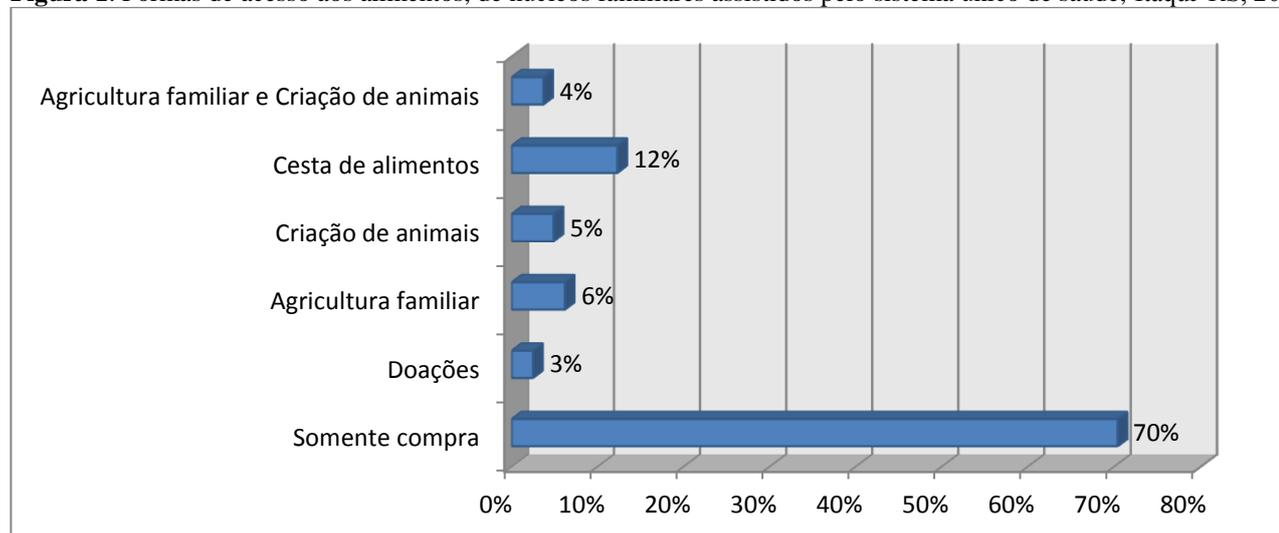
A apresentação da amostra comportou análises de 81 núcleos familiares, totalizando dados socioeconômicos de 302 indivíduos, 53% do sexo feminino, 47% sexo masculino, 38,7% (n=117) são menores de 18 anos e 61,2% (n=185) adultos, dentre estes últimos, 79,4 % são chefes de família (n=147); quanto a escolaridade, 75,5% dos chefes de família (n= 111), não possuem ensino médio completo. A situação ocupacional de todos os membros familiares condicionou-se à 133 estudantes (44%), 58

trabalhadores formais (32,6%), 52 desempregados, 24 trabalhadores informais (13,5%), 23 trabalhadores autônomos (19,2%), 16 aposentados (9,1%) e 5 pensionistas (2,8%). Estes resultados comprovam significativa instabilidade econômica entre as famílias, uma vez que de um total de 302 indivíduos, apenas 178 (41,1%) provêm renda; não obstante, dentre estes, parcela significativa (29,7%) encontravam-se desempregados. Os titulares do programa bolsa família representam 62,9% da amostra (n=51). A proporção de moradores residentes em área rural foi de apenas 11% (n=9), com relação à condição domiciliar, 67,9% (n=55) das moradias são próprias, 18,5% (n=15) cedidas e 13,6% (n=11) alugadas, 85,2% (n=69) são construções de alvenaria e 14,8% (n=12) de madeira.

### 3.1 ACESSO AOS ALIMENTOS

As alternativas de acesso aos alimentos citadas pelos entrevistados segue na **Figura** abaixo.

**Figura 1.** Formas de acesso aos alimentos, de núcleos familiares assistidos pelo sistema único de saúde, Itaqui/RS, 2014.



Todos os entrevistados (n=9) residentes no meio rural relataram formas alternativas de acesso aos alimentos (agricultura familiar e criação de animais), apesar de estarem sujeitos à variação sazonal, e outras intempéries, foi visto que não necessitam exclusivamente da renda para adquirirem os seus alimentos.

No meio urbano, as únicas formas alternativas foram cesta de alimentos (12%) e doações. Contrastando estes dados com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Análises Socioeconômicas (IBASE, 2008) apenas 7,4% de moradores residentes na área urbana produzem alimentos para autoconsumo em contraste com 49,5% de moradores residentes na área rural.

Apesar de o item doações, ter sido declarado por apenas (3%) dos entrevistados, (todos da área urbana), admite-se que a satisfação de outras necessidades básicas como: moradia, vestuário, lazer e outras, possam estar comprometidas entre estes, considerando que o recebimento de doações sugere significativa instabilidade econômica entre os familiares.

### 3.2 DETERMINANTES DOMICILIARES

As variáveis abaixo relacionadas como indicadores de (in) segurança alimentar baseiam-se na interpretação da escala brasileira de insegurança alimentar, os resultados seguem na **Tabela** abaixo.

**Tabela 2.** Níveis de segurança alimentar segundo variáveis relacionadas às famílias e aos dados do chefe do domicílio de núcleos familiares assistidos pelo sistema único de saúde, Itaqui/RS, 2014.

Variável	Nível de (In) Segurança Alimentar						Valor de p	
	SAN		IAN		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Tipo de Moradia	Alvenaria	27	40,9	39	59	66	100	0,110
	Madeira	2	16,6	10	83,3	12	100	
Número de Membros no Domicílio	Até 2	6	54,5	5	45,5	11	100	0,515
	3 ou mais	23	34,3	44	65,7	67	100	
Escolaridade do Chefe de Família	Fun. In	16	44,4	22	61,1	36	100	0,776
	Fun. Com	3	20	12	80	15	100	
	Méd. Inc	4	57,1	3	42,8	7	100	
	Méd. Com	6	42,8	9	64,2	14	100	
	Sup. Inc	2	66,6	1	33,3	3	100	
	Sup. Com	3	100	0	0	3	100	
Situação Ocupacional	Trab. Informal	5	35,7	9	64,3	14	100	0,460
	Trab. Formal	2	22,2	7	77,7	9	100	
	Trab. Autônomo	4	44,4	5	55,5	9	100	
	Aposentado	4	80	1	20	5	100	
	Pensionista	1	33,3	2	66,6	3	100	
	Desempregado	13	34,2	25	65,7	38	100	
Presença de menores de 18 anos	Sim	21	35	39	65	60	100	0,467
	Não	8	44,4	10	55,5	18	100	
Moradores contemplados com o PBF	Sim	18	36	32	64	50	100	0,708
	Não	11	39,2	17	60,7	28	100	

\* SAN-Segurança- Alimentar Nutricional; IAN-Insegurança Alimentar Nutricional. Valor de p- \*Análise pelo Teste Qui-quadrado, nível de significância 5%. Fun. In -Fundamental Incompleto; Fun. Com- Fundamental Completo; Méd. In- Médio Incompleto; Méd. Com- Médio Completo; Sup. In- Superior Incompleto; Sup. Com- Superior Completo. PBF- Programa Bolsa Família.

Encontrou-se associação entre insegurança alimentar e as condições do domicílio, onde familiares residentes em domicílios de madeira e com três ou mais moradores, apresentaram 83, 3% e 65,7% de Insegurança Alimentar (IA) em detrimento de 59,% e 45,5% para níveis de insegurança de familiares

residentes em domicílios de alvenaria e com apenas dois moradores. Estes resultados foram similares ao do estudo de Anschau et al (2012), onde os domicílios com maior número de pessoas apresentaram maior frequência de insegurança alimentar moderada ou grave.

O número de chefes de família declarados analfabetos não ultrapassou 1,2% da população, em consonância com dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2008), que evidenciam que na região Sul do país registra-se a menor taxa de analfabetismo por regiões.

O resultado favorável à segurança alimentar esteve associado à domicílios em que a pessoa de referência concluiu (não houve insegurança alimentar nem mesmo na categoria leve) ou ingressou 33,3% no ensino superior. A distribuição para insegurança alimentar ocorreu de maneira incoerente para mais ou menos anos de estudo abaixo do ensino superior.

Pode-se concluir, que assim como a renda, este, não constitui um único indicador de segurança alimentar à nível domiciliar; entretanto, Panigassi (2005), em um estudo realizado no município de Campinas, São Paulo, constatou-se que chefes de família que tinham níveis de escolaridade abaixo do ensino fundamental, apresentaram 4,6 vezes mais chance de ter insegurança alimentar leve e 8,4 vezes de entrar nas categorias moderada e grave.

Os resultados da renda dos núcleos familiares, não comportam a Renda Domiciliar Per Capita (RDPC), uma vez que para acesso aos alimentos, existem outros fatores que potencializam ou reduzem a quantidade e qualidade da alimentação, sendo assim, buscou-se qualifica-la de acordo com a situação ocupacional dos membros provedores de renda no domicílio; segundo Hoffmann (2008, p. 49-61), o controle pela RDPC pode causar uma superestimação de efeitos.

Com relação à ocupação do chefe da família, dentre as opções: desempregado, trabalhador informal, trabalhador formal, autônomo, aposentado e pensionista observou-se que todas apresentaram maior proporção de Insegurança Alimentar em detrimento de apenas 20% de IA em domicílios onde o chefe de família é aposentado.

A condição da presença de moradores menores de 18 anos nos domicílios, não somente esteve relacionada a maior frequência de insegurança alimentar (65%), como também ocorreu as formas mais graves, ao passo que em domicílios sem menores de 18 anos registrou-se em frequência inferior (55,5%) e apenas na categoria leve; Hoffman (2008, p.49-61), em seus estudos, afirma que a insegurança alimentar é mais expressiva quando a composição do núcleo familiar comporta crianças e adolescentes.

As famílias contempladas com o Programa Bolsa Família (PBF) apresentaram 64,% de IA enquanto que famílias não contempladas 60,7%, ou seja, ser beneficiário ou não do PBF não fez diferença na situação de segurança alimentar; estes resultados não foram similares com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), onde, nos domicílios em que algum dos moradores eram beneficiários de renda condicionada, houve prevalência de insegurança alimentar de 66% em contraste com prevalência de 28,8% entre aqueles que não eram inclusos em programas de transferência de renda.

O **Quadro** abaixo traz a síntese dos resultados da situação de segurança alimentar, bem como as demais categorias (segurança alimentar, insegurança leve, moderada e grave) para o total da amostra.

**Quadro 2.** Classificação segundo categoria de segurança alimentar dos núcleos familiares assistidos pelo sistema único de saúde, Itaqui/RS, 2014.

Classificação	Total n (%)	Pontos de corte para domicílios*	
		Sem menores de 18 anos n (%)	Com menores de 18 anos n (%)
Segurança alimentar	29 (37,2)	8 (44,4)	21 (35,0)
Insegurança alimentar leve	40 (51,3)	10 (55,5)	30 (50,0)
Insegurança alimentar moderada	6 (7,7)	0 (0,0)	6 (10,0)
Insegurança alimentar grave	3 (3,8)	0 (0,0)	3 (5,0)
Amostra	78 (100)	18 (100)	60 (100)

\*Teste qui-quadrado,  $p > 0,05$

O índice de segurança alimentar para o total da amostra foi de 37,2%, quanto a Insegurança Alimentar (IA), foi registrada em 62,8%, as categorias moderada e grave perfazem 11,5% do total.

É necessário ressaltar que apesar de grande parte da prevalência de IA não ter ultrapassado a categoria leve, os domicílios possuem diferentes pontuações, comprovando que é necessário um olhar mais analítico sobre estas afirmativas, tanto quanto ao número quanto à qualidade das afirmações, uma vez que houveram 5 afirmativas (pontuação 5) ou apenas 1 (pontuação) para alguns domicílios, coloca-los no mesmo estrato de segurança alimentar nutricional (SAN) pode ser um equívoco.

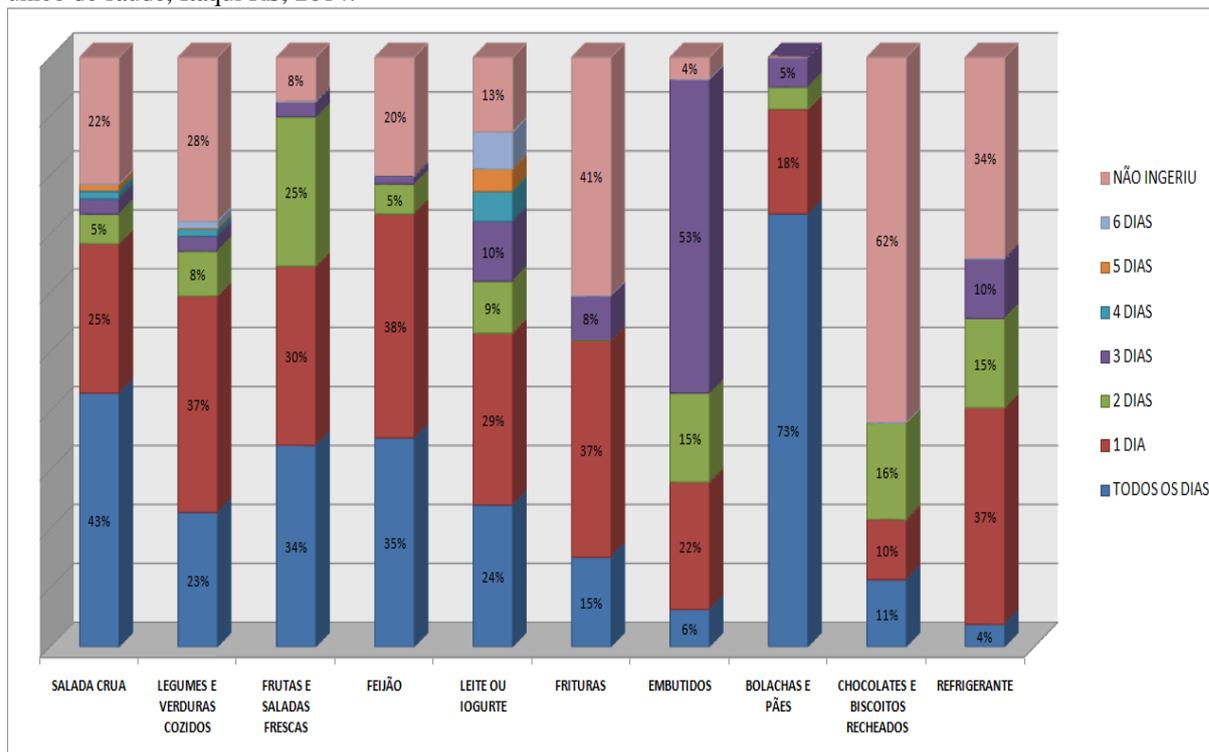
A desvantagem do método aplicado é que ele representa uma medida subjetiva de SAN, podendo estar suscetível à vícios de prestígio ou sobretudo à omissão da real situação vivenciada pelos moradores.

Segundo Valente (2007), não há um único indicador de segurança alimentar nutricional que reflita adequadamente todas as suas dimensões; assim, é necessário utilizar instrumentos que possibilitem abranger as diferentes causas entre populações, grupos sociais, famílias e indivíduos.

### 3.3 CONSUMO ALIMENTAR

A aplicação do inquérito avaliativo (SISVAN, 2008), perfaz o objetivo de incluir uma das dimensões de segurança alimentar (qualidade nutricional da dieta), e conhecer o perfil de consumo alimentar dos núcleos familiares. Apesar de a pesquisa não ter viabilizado os relatos de todos os moradores, admite-se que haja uma correlação do consumo relatado pelo entrevistado com o consumo dos demais familiares. Os resultados encontram-se na **Figura** abaixo.

**Figura 2.** Frequência de consumo alimentar segundo grupo de alimentos, de indivíduos assistidos pelo sistema único de saúde, Itaqui RS, 2014.



Menos da metade da população adequou-se na recomendação diária dos alimentos ricos em vitaminas e minerais (listados nas cinco primeiras colunas).

Verificou-se que o consumo de feijão (um componente básico do prato brasileiro) não teve uma frequência de consumo significativa. Este achado corrobora com os dados de transição nutricional vivenciada pelo país, que evidenciam uma queda do consumo de leguminosa nas últimas décadas.

Na pesquisa de consumo alimentar médio per capita por grandes Regiões (IBGE, 2008), o consumo de feijão na região Sul (63,8%) mostrou-se inferior às demais regiões do país, a saber: 83% (Região Centro Oeste), 80,4% (Sudeste), 67,1% (Nordeste) e 57,7% (Norte). Porém, o consumo de pão (73% da frequência para todos os dias) foi significativo na amostra, os resultados, relacionaram-se aos do (IBGE, 2008), que verificou o maior consumo de pão (branco) na região Sul (73,6%), seguidos de Sudeste, 66,9%, Centro Oeste 58,8%, Nordeste 55,1% e 53,4% na Região Norte.

O Guia Alimentar para População Brasileira (2014), traz recomendações de consumo por grupos de alimentos; em síntese, a maioria dos indivíduos tiveram consumo acima da recomendação nos grupos das frituras e embutidos e abaixo das recomendações para leite, saladas, frutas e feijão (estes últimos devem ter consumo diário), não estando, portanto, de acordo com as recomendações contidas neste guia.

É necessário que estas diretrizes sejam difundidas no meio da atenção primária à saúde, uma vez que o cenário atual no Brasil, reflete condições de sobrepeso e obesidade e a coexistência de deficiências nutricionais, favorecendo o desenvolvimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), que afetam a população independente dos critérios de renda.

#### 4. CONCLUSÃO

As análises do presente estudo evidenciaram uma prevalência de insegurança alimentar de 64,2%, para o total da amostra, as categorias moderada e grave perfazem 13,5% do total, evidenciadas embora não estatisticamente significante, em domicílios de construções de madeira, com mais de três moradores e com presença de menores de 18 anos, embora não tenha sido reconhecidos valores de renda domiciliar per capita, os resultados deste estudo demonstraram que os determinantes domiciliares referentes à composição em número, e presença de crianças e adolescentes nos domicílios, configuraram espaço propício para inadequação alimentar.

Um resultado interessante foi o aspecto “indiferente” em ser ou não beneficiário do programa bolsa família, indicando que não necessariamente esta política está alcançando o objetivo de reduzir a insegurança alimentar, o que supõe a necessidade de medidas complementares.

As formas alternativas de acesso aos alimentos comprovaram que o potencial para segurança alimentar também depende do meio ambiente em que as famílias estão inseridas; porém, considerando a segurança microbiológica dos alimentos, é necessário avaliar que a criação e abate de animais, requer condições higiênico-sanitárias apropriadas para tais atividades, não esquecendo, que a definição de segurança alimentar engloba a qualidade sanitária dos alimentos disponíveis para consumo.

O consumo alimentar da amostra sugere que riscos de inadequação alimentar não se constituem apenas em não dispor de renda para adquirir os alimentos, há uma séria problemática que ocorre em detrimento das inadequações da qualidade nutricional da dieta.

Apesar de o número de domicílios incluídos na pesquisa não terem relevância estatística, de o estudo ter sido realizado com uma amostra de conveniência, e da ausência da estimativa exata da Renda Domiciliar Per Capita (RDPC), os resultados deste estudo, compilam dados que podem ser de grande valor para projetos futuros.

#### 5. REFERÊNCIAS

ANSCHAU, F, R; SEGALL, C, A, M. Insegurança Alimentar entre Beneficiários de Programas de Transferência de Renda. **Rev. Nutrição**. V. 25, p 117-189, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar Para População Brasileira**. Secretaria da Saúde. Disponível em: <[www.foodpolitics.com/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines\\_2014](http://www.foodpolitics.com/uploads/Brazils-Dietary-Guidelines_2014)>. Acesso em: 28 jun. 2014.

BURLANDY, L; MALUF, R; MENEZES, F. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, v 15, p. 49-61, 2004.

- HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v.15, n.1, p 49-61. 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA-IBGE/POF. Pesquisa de Orçamentos Familiares. **Consumo Médio Per Capita por Regiões**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/pof/2008\\_2009\\_aquisicao/default](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pof/2008_2009_aquisicao/default)> Acesso em: 22 jul. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTAT/POF. **Despesas Rendimentos e Condições de Vida**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA/PNAD. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios. **Segurança Alimentar**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 08 jun. 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIOECONÔMICAS-IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas**. Documento Síntese, jun, 2008. Disponível em: <[www.ibase.br / userimages / ibase\\_bf\\_sintese-site.pdf](http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese-site.pdf)>. Acesso em: 12 maio. 2014.
- MAGALHÃES, R; MALUF, R. **Construção e Promoção de Sistemas Locais de Segurança Alimentar e Nutricional: Aspectos Produtivos, de Consumo, Nutricional e de Políticas Públicas**. Ceresan, Relatório Técnico, v. 3, Rio de Janeiro, 2006.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. Doutrina. **Segurança Alimentar: Direito de Todos**. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <[www.mprs.mp.br](http://www.mprs.mp.br)>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- PANIGASSI, G. **Inquérito Populacional sobre a Percepção da Segurança Alimentar Intrafamiliar no Município de Campinas**. 2005. 188p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- SEGALL, C, A, M; PÉREZ, E, R; SAMPAIO, M, L. **Acompanhamento e Avaliação da Segurança Alimentar de Famílias Brasileiras: Validação de Metodologia e de Instrumento de coleta de Informação-Urbano/Rural**. Relatório Técnico: Versão Preliminar. Brasília, 2004.
- SILVA, G. J. Segurança Alimentar uma construção comunitária. In: BETO, F. **Fome Zero Textos Fundamentais**. Rio de Janeiro. Ed. Garamond, 2004. P.13-20.
- SILIPRANDI, E. **Políticas de Alimentação e Papéis de Gênero: Desafios para uma Maior Equidade**. Cadernos Sof, São Paulo, p. 64-109, 2002.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL-SISVAN. Brasília, 2008. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. 60p. Brasília, 2008.

VALENTE, F. Direito Humano à Alimentação: desafios e Conquistas. In: ROCHA, F. **Política de Segurança Alimentar e Nutricional**. São Paulo. Ed. Bagaço. 2007. p.341- 414.

### **ABSTRACT**

This study aims to identify the prevalence of food insecurity (IA) and associated factors in the population served by the Health Center Itaquí / RS. Cross-sectional study establishing itself as analyzes of indicators of food insecurity in households (NF) held by applying the Brazilian Food Insecurity Scale. We evaluated 81 NF. The index of food security for the entire sample was 37.2%, as food insecurity (IA), was recorded in 62.8%, moderate and severe categories account for 11.5% of total. The indicators with the highest proportion of IA were related to households with more than three residents, presence of children under 18 and wooden homes. The results of this study suggest that the Food and Nutrition Security and families may be compromised when household and individual determinants constitute a conducive space for food inadequacy.

**Keywords: Food Security. Brazilian Food Insecurity Scale. Primary Health Care.**

## ANEXO A - Normas para Submissão, Revista de Saúde Pública de Santa Catarina

Artigos Originais - Texto resultante de pesquisa descritiva, observacional ou experimental, sendo que preferencialmente concluída, destacando a fundamentação teórico-metodológica, procedimentos empregados, resultados alcançados e conclusão. Deve possuir: introdução, métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção, entre outros. Devem ser descritos de forma compreensiva e completa. Os resultados devem ser descritos em uma seqüência lógica. Quando forem apresentadas tabelas, quadros e figuras, o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo contido nos mesmos. A discussão, que pode ser redigida juntamente com os resultados, deve conter comparação dos resultados com a literatura, a interpretação dos autores, as implicações dos achados, as limitações e implicações para pesquisa futura. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que surgem destes. - mínimo 05 laudas - máximo 15 laudas.

1. Os textos poderão ser apresentados em língua portuguesa ou espanhola, revisados na língua de origem por um profissional, com formação em Letras - Língua portuguesa/espanhola.

2. Os textos em língua portuguesa/espanhola deverão ser redigidos conforme a norma de apresentação de artigos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR6022 de maio de 2003.

3. Os textos deverão ser submetidos, por meio da plataforma SEER. Excepcionalmente, por correio eletrônico em "attach" para: [bvs@saude.sc.gov.br](mailto:bvs@saude.sc.gov.br), com assunto: artigo para a **Revista de Saúde Pública**.

4. Os textos deverão ser digitados com a seguinte configuração: espaço 1,5, corpo 12, Times News Roman, formato de papel A4, com marcações de parágrafo. com 1,5 cm da margem. Devem possuir: Introdução, Desenvolvimento, Metodologia, Análise dos Resultados e Conclusão. Deve ser deixado espaço interlinear branco entre o título e o nome do autor e, sua qualificação inserida em nota de rodapé; e entre todos os títulos de seção e o texto.

5. A primeira lauda deve conter: o título do texto e o(s) nome(s), por extenso, do(s) autor(es), seguidos de sua qualificação/titulação em nota de rodapé, ocupação que exerce, nome da instituição a que está vinculado e e-mail.

6. Na segunda lauda, o cabeçalho deverá conter: - O título em português, expressando, de forma clara a idéia do trabalho, em seguida, o resumo, acompanhado das palavras-chave inseridas de acordo com o DeCS, separadas por "ponto". Sugere-se a utilização de três a cinco termos. O resumo deve ser redigido de acordo com a NBR6028, bem como o abstract em inglês, inserido ao final do artigo, ambos contendo em torno de 100 palavras.

7. As citações no corpo do texto deverão ser redigidas de acordo com a NBR10520.

8. As referências deverão ser redigidas de acordo com a NBR6023.

9. O uso de notas, citações, gráficos, tabelas, figuras, quadros, fotografias etc, deve ser limitado ao mínimo indispensável.

10. Recomenda-se incluir o(s) nome(s) da(s) pessoa(s) que de alguma maneira auxiliaram seja na coleta de dados, nas ilustrações, ou mesmo na utilização de laboratórios mencionando "AGRADECIMENTOS" antes das Referências.

11. Os originais não deverão ser paginados.

12. Os pareceres referentes aos originais serão encaminhados aos autores no prazo máximo de sessenta dias, a contar da data de recebimento, através de comunicação eletrônica.

13. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Resolução 196/96 de 10 outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Deve ser mencionado o número do protocolo da aprovação por um Comitê de Ética, na última linha da seção onde for descrita a metodologia adotada para realização do artigo.