

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA – PROACAD
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (MESTRADO
PROFISSIONAL)

JAYNE FERNANDA DA SILVEIRA

INSEGURANÇA ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE CRICIÚMA-
SC

CRICIÚMA

2019

JAYNE FERNANDA DA SILVEIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE CRICIÚMA-
SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer

CRICIÚMA

2019

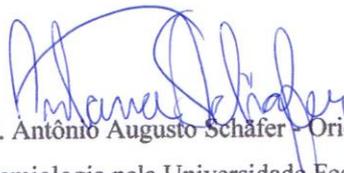
JAYNE FERNANDA DA SILVEIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS
ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE CRICIÚMA-
SC**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 11 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer – Orientador
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas



Prof. Dra. Lara Canever (UNESC)
Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense



Prof. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (UNESC)
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Criciúma.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me abençoado por todos esses anos e ter me proporcionado a realização de um sonho: ser uma profissional de saúde e Mestre!

Agradeço a minha família por sempre ter me incentivado e, nos momentos que pensei em desistir, ter sido a base para aguentar e enfrentar os desafios que para mim já eram impossíveis passar sozinha, OBRIGADA!

Agradeço aos meus amigos, em especial, Barbara NesiSchambeck, que sempre me deram apoio nos momentos em que me senti abalada e desanimada, mas, mais ainda, nos momentos de felicidade ao concluir cada etapa da minha vida.

Agradeço em especial aos meus dois professores e nutricionistas: Rita Suselaine Vieira Ribeiro por ser minha mãe da nutrição e me ensinar a amar nossa profissão, e ao orientador Antônio Augusto Schäfer por me apoiar e se mostrar insubstituível em meu mestrado, e ter sido um impulsionador do meu sonho, OBRIGADA!

As nutricionistas residentes do Programa de Residência Multiprofissional da Unesc que me auxiliaram na coleta de dados.

Por fim, agradeço à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), por ter sido a minha casa de estudos nos últimos anos, tendo sempre um carinho especial por cada acadêmico, especialmente por mim.

“Não há saber mais ou saber menos: Há saberes diferentes.”

Paulo Freire

RESUMO

A insegurança alimentar é o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos em qualidade e quantidade suficiente e está relacionada a fatores sociodemográficos, econômicos e nutricionais, como: menor renda e escolaridade, ausência de vínculo empregatício e de saneamento básico, fome, desnutrição e excesso de peso. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a prevalência de insegurança alimentar e seus fatores associados em crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Criciúma-SC. Trata-se de um estudo transversal, realizado com crianças menores de dez anos de idade atendidas nas Unidades Básicas de Saúde Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraíso da cidade de Criciúma-SC. Para avaliar a insegurança alimentar foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Além disso, foi aplicado questionário para avaliar as variáveis de exposição sexo, idade, cor da pele, escolaridade dos pais, chefe da família, aglomeração familiar, renda familiar, região em que reside o responsável familiar. Para avaliar o estado nutricional, as crianças foram pesadas e medidas e classificadas, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde, em magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Foram realizadas análises bruta e ajustada da associação entre insegurança alimentar e as variáveis de exposição estudadas através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, utilizando o nível de significância de 5%. Para a realização das análises foi utilizado o programa Stata versão 12.1. Observou-se que maioria da amostra (n=82) era do sexo masculino (57,3%), apresentava cor da pele branca (79,3%), e possuía renda de 2 a 3 salários mínimos (56,0%). Cerca de um terço das crianças apresentaram insegurança alimentar leve ou moderada (29,3%), não sendo evidenciadas situações de insegurança alimentar grave. A maior prevalência de insegurança alimentar foi encontrada nos indivíduos de pele não branca ($p < 0,001$) e com renda familiar de até 1 salário mínimo ($< 0,001$). As demais variáveis não mostraram associação com a insegurança alimentar. Em conclusão, pôde-se verificar alta prevalência de IA e de excesso de peso entre as crianças estudadas. Além disso, observou-se que a renda familiar e a cor da pele estiveram associadas à IA desses indivíduos, o que destaca a necessidade de intervenções nas Unidades Básicas de Saúde, visando ampliar os direitos alimentares adequados e atendendo às necessidades essenciais, como educação em saúde, ações de conscientização alimentar. Deve-se ainda repensar em políticas que gerem emprego e renda e, conseqüentemente, aumento do poder aquisitivo das famílias facilitando maior acesso aos bens de consumo e diminuição de desigualdade social.

Palavras-chave: Fatores de risco. Abastecimento de alimentos. Estado nutricional. Criança. Estudos transversais.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da amostra estudada. Criciúma, SC, 2018. (n=82)	23
Tabela 2 - Insegurança alimentar da amostra estudada. Criciúma, SC,2018.(n=82).....	24
Tabela 3 - Estado nutricional da amostra estudada. Criciúma, SC,2018. (n=82).....	24
Tabela 4 - Prevalência de insegurança alimentar de acordo com as variáveis independentes estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=82)	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PBF	Programa Saúde da Família
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
SA	Segurança Alimentar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 INSEGURANÇA ALIMENTAR	12
1.1.1 Escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA)	13
1.2 FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 MÉTODOS	16
3.1 HIPÓTESES	17
3.2 DESENHO DO ESTUDO	17
3.3 VARIÁVEIS	17
3.3.1 Dependente	17
3.3.2 Independentes	17
3.4 LOCAL DO ESTUDO	17
3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	17
3.5.1 Critério de inclusão	18
3.5.2 Critério de exclusão	18
3.6 AMOSTRA	18
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	18
3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA	19
3.9 INSTRUMENTO DE COLETA.....	19
3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS	20
3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICES	33
APÊNDICE A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
APÊNDICE B–INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
ANEXOS	43
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	45

ANEXO B- CARTA DE ACEITE44

1 INTRODUÇÃO

1.1 INSEGURANÇA ALIMENTAR (IA)

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) foi adotado no Brasil durante a Segunda Conferência Nacional de SAN, definindo-a como:

[...] a 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 e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis [...] (BRASIL, 2006,pg4).

Conforme as estimativas da *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (FAO, 2017), a fome, a desnutrição e a subalimentação reduziram significativamente no Brasil, o qual está entre os países que alcançaram a meta em reduzir pela metade a proporção e o número absoluto de pessoas com fome. Nos últimos anos, a prevalência da IA grave decaiu de 6,9% para 5% nos domicílios brasileiros e a IA moderada caiu de 9,9% para 6,5% (FAO, 2014; FAO, 2014a).

A IA no Brasil é caracterizada pela falta de acesso à alimentação, pobreza e desigualdades sociais tendo como fatores determinantes a renda e preço dos alimentos (BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017; BEZERRA; PEDRAZA, 2015). Estudos realizados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), os quais associam a IA a condições sociais e econômicas, evidenciaram que 30,2% da população apresentam algum grau de IA (IBGE, 2009). As condições das famílias brasileiras com quadro de IA, avaliadas em ambientes como escolas, creches, serviços de saúde, que recebem benefícios do Programa Bolsa Família e apresentam diferenças sociais, são piores quando relacionadas à de outros países. Apesar de alguns avanços, ainda é grande o número de pessoas que vivem em situação de IA, com desigualdades regionais e de outras índoles como de cor/raça, faixa etária, faixa de renda e localização de moradia (urbano/rural), fatores que implicam em importantes desafios para a saúde pública (BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017).

Além disso, a IA vem sendo relacionada com indicadores sociais (menor renda e escolaridade, ausência de vínculo empregatício e saneamento básico) e outros identificados por manifestações como fome, desnutrição, carências específicas, excesso de peso, deficiências nutricionais geradas pela alimentação inadequada e consumo de produtos prejudiciais à saúde, como os contaminantes por agrotóxicos, bactérias e outros. Esses fatores representam as principais condições relacionadas aos problemas de crescimento entre as crianças brasileiras menores de cinco anos (SANCHES, 2012).

1.1.1 Escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA)

Em meados de 1940, a segurança alimentar (SA) das populações era uma limitação, de certa forma, proveniente da disponibilidade de alimentos, o que conseqüentemente, levou a FAO a propor um indicador de medida padronizado a partir da disponibilidade calórica *per capita*, tendo por finalidade acompanhar tendências históricas e estabelecer comparações entre os países (CORRÊA; LEON, 2009).

O conceito de SA ganhou conhecimento e proporcionou a outros indicadores um espaço com o intuito de captar e mensurar novas dimensões da SA incorporadas, tais como o indicador de rendimento familiar (o gasto familiar com a compra dos alimentos e o consumo alimentar individual, por meio de sua frequência semanal ou da análise da ingestão de alimentos das últimas 24 horas) e os indicadores antropométricos (estimam a magnitude da IA pela sua consequência nutricional, especialmente entre crianças) (CORRÊA; LEON, 2009).

A elaboração da escala para medir a IA da população teve por objetivo identificar as famílias em situação de fome para inclusão em projeto de intervenção e alertar a sociedade americana sobre o problema da IA. Essa composição mensura a dimensão do problema de IA na população e identifica diferentes graus de acesso aos alimentos: da SA até a IA leve, moderada e grave (CORRÊA; LEON, 2009).

A escala de IA começou a ser utilizada para acompanhar a evolução dos níveis de SA nos Estados Unidos e permitiu avançar as estimativas indiretas da IA para o dimensionamento direto das deficiências quantitativas e qualitativas de acesso aos alimentos (CORRÊA; LEON, 2009). Já no Brasil, a EBIA empregou métodos qualitativos (adequação à realidade local da escala; pertinência técnica e política do uso de um modelo de escala originário de população social e culturalmente diferente da brasileira) pontuando IA como leve, moderada ou grave, seguidos de pré-testes e testes em inquéritos populacionais quantitativos (a validação da EBIA com a realização de inquéritos em amostras intencionais da população urbana e das áreas rurais de 4 macrorregiões do Brasil, visando a diversidade social e hábitos culturais e alimentares) (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004).

A EBIA avalia a SA e é um indicador sensível para detectar famílias em risco de IA. Consiste em um instrumento relevante de avaliação dos efeitos das políticas públicas, contemplando especificidades e diversidades nacionais, sendo aplicável tanto nas zonas rurais quanto nas urbanas (BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017).

No Brasil, a EBIA passou a ser considerada instrumento importante para o monitoramento da IA, para avaliação dos efeitos das políticas públicas setoriais de combate à IA e análise dos eventos sociais ou econômicos geradores de impacto no acesso da população aos alimentos.

Em 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome incorporou a EBIA na PNAD o primeiro diagnóstico de segurança e IA domiciliar, com abrangência e representatividade nacionais reconhecidas (CORRÊA; LEON, 2009).

A partir do diagnóstico realizado com a EBIA, essas instituições de governo obtiveram informações sobre a condição de SA que permitiu detectar e dimensionar pela primeira vez, nacionalmente, os problemas de IA e de sua manifestação mais severa - a fome (IBGE,2004).

1.2 FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR

De maneira coletiva, os fatores nutricionais e socioeconômicos conseguem abranger dimensões da SAN, que isoladamente não repercutem da mesma forma (MORAIS et al., 2014).

Os fatores nutricionais são resultantes do acesso a alimentos em qualidade e quantidade insuficiente, enquanto fatores socioeconômicos são explicados pela vulnerabilidade dos indivíduos, e ambos, tornam-se dependentes da renda que o indivíduo ou sua família possuem e do preço em que os alimentos são vendidos (PEDRAZA; QUEIROZ; MENEZES, 2013).

A escolaridade vem sendo apontada como uma variável capaz de interferir na escolha dos alimentos de um indivíduo. A educação escolar é capaz de influenciar o conhecimento sobre alimentação e nutrição e, conseqüentemente, o estado nutricional dos indivíduos. Por outro lado, um baixo grau de conhecimento em nutrição pode ser associado a desvios nutricionais como desnutrição, excesso de peso, doenças geradas pela alimentação inadequada e ingestão de alimentos prejudiciais à saúde, em populações consideradas de baixa renda (MOURA; MASQUIO, 2014).

Outra variável que pode influenciar a IA é o sexo do chefe da família. Em alguns estudos, a prevalência nos níveis de IA de crianças quando a mulher é o chefe da família é o dobro de quando o homem tem esse papel. Possíveis explicações para esse fato são as diferenças nas formas de inserção e valorização do sexo feminino no mercado de trabalho (SANTOS; GIGANTE, 2010; VIEIRA; SOUZA; CERVATO-MANCUSO, 2010; MONTEIRO et al., 2014).

Nas situações de IA, o sexo também aparece com um possível fator de risco, sendo observada maior prevalência nos indivíduos do sexo feminino (COELHO et al., 2015). Outros fatores que podem influenciar a IA é a cor da pele do indivíduo e a desigualdade social, havendo maior prevalência de IA moderada e grave entre os indivíduos de cor preta e parda quando comparados aos de cor branca (PANIGASSI et al.,2008).

Além disso, a renda familiar está relacionada com a vulnerabilidade do indivíduo em relação à fome e à dificuldade de acesso aos alimentos, fator que está diretamente associado à IA. De tal modo, há observações apontando que, quanto menor a renda mensal familiar, maior é a proporção de domicílios em situação de IA moderada ou grave (MELLO, LUFT, MEYER, 2004). As condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para o aumento da prevalência de excesso de peso, pois as famílias de baixa renda apresentam acesso restrito aos alimentos saudáveis e acabam selecionando alimentos de baixo custo que possuem uma densidade energética maior (MONTEIRO et al., 2014)

É importante destacar também que o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais e pode ser caracterizado por: eutrofia (manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais); carência nutricional (deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes que resultam na instalação de processos orgânicos adversos à saúde) e distúrbio nutricional (problemas quanto ao consumo inadequado de alimentos, sendo por escassez ou por excesso) (BRASIL, 2011).

A identificação do déficit nutricional é compreendida por uma avaliação do estado nutricional e da má alimentação que inclui: condições de acesso e disponibilidade aos alimentos, qualidade no âmbito domiciliar, e uso biológico dos nutrientes provenientes de uma alimentação inadequada, e que resultam em um quadro de IA (MONTEIRO, 2014).

Alguns indicadores como o estado nutricional e a IA podem estar relacionados ao nível socioeconômico de uma família, visto que indivíduos de baixa renda e baixa escolaridade apresentam maior risco de IA. Além disso, a aglomeração domiciliar, também relacionada ao nível socioeconômico, pode influenciar a situação de IA. Quando há um maior número de pessoas no mesmo domicílio da criança, há uma menor renda e uma maior situação de IA (SANTOS; GIGANTE, 2013).

As crianças são consideradas um grupo de maior vulnerabilidade à IA, uma vez que essa situação pode trazer graves consequências ao estado nutricional das mesmas (OLIVEIRA et al., 2009), principalmente, no que se refere ao sobrepeso/obesidade ou desnutrição, o que enfatiza e justifica a escolha da faixa etária estudada (VICENZI et al., 2015).

Determinar esses fatores que, muitas vezes, são as causas da IA, é de extrema importância para que se avaliem as condições de vida do indivíduo, a fim de se realizar o planejamento de programas e políticas públicas de forma preventiva, além da promoção da saúde e combate à fome (PEDRAZA; QUEIROZ; MENEZES, 2013). Alguns estudos, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), relacionam a maior prevalência de IA a fatores como: sexo masculino, cor da pele preta ou parda, baixa escolaridade e idade inferior a crianças de 5 anos apresentam uma maior vulnerabilidade (SPERANDIO; PRIORI, 2015; BRASIL, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de IA e seus fatores associados em crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Criciúma – Santa Catarina (SC).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a prevalência de IA nas crianças estudadas;
- ✓ Avaliar a associação de variáveis socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade dos pais, renda familiar, aglomeração familiar e chefe da família) com a IA;
- ✓ Verificar a relação entre o estado nutricional e a IA.

3 MÉTODOS

3.1 HIPÓTESES

A prevalência de IA entre as crianças avaliadas é de 60% no município.

A prevalência de IA é maior entre crianças do sexo feminino.

Crianças menores de 5 anos apresentam maior prevalência de IA.

A prevalência de IA é maior entre crianças da cor da pele preta.

A prevalência de IA é maior conforme aumenta o número de moradores no domicílio.

Crianças cujos pais apresentam menor escolaridade têm maior prevalência de IA.

A prevalência de IA é maior quando o chefe da família é a mulher.

A prevalência de IA é maior em famílias com renda familiar de até um salário mínimo

O estado nutricional predominante das crianças com IA é sobrepeso/obesidade.

3.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal.

3.3 VARIÁVEIS

3.3.1 Dependente

Insegurança alimentar.

3.3.2 Independentes

As variáveis independentes estudadas foram: sexo (masculino/feminino), idade (em anos completos), cor da pele (branca/negra/parda/indígena/amarela/não sabe), escolaridade dos pais (analfabeto/ensino fundamental incompleto/ensino fundamental completo/ensino médio incompleto/ensino médio completo/ensino superior incompleto/ensino superior completo), chefe da família (pai/mãe/outro), aglomeração familiar (até 3 pessoas, 3 a 5 pessoas, maisque5 pessoas), renda familiar (até 1 salário mínimo, 2 – 3 salários mínimos, \geq 4 salários mínimos), responsável familiar (pai/mãe/avó/avô/outro), estado nutricional (magreza/eutrofia/sobrepeso/obesidade).

3.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas UBSs Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraíso, localizadas na cidade de Criciúma-SC. Todas essas UBSs contam com o atendimento de Nutricionistas que são estudantes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, ambas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

3.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Crianças menores de 10 anos de idade que receberam atendimento nas UBSs Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraíso da cidade de Criciúma-SC.

3.5.1 Critério de inclusão

Crianças menores de 10 anos de idade que receberam atendimento nas UBSs supracitadas, as quais estavam acompanhadas de um responsável familiar (pai, mãe, avós, outros) e que autorizasse a participação da criança no estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICEA).

3.5.2 Critério de exclusão

Crianças cujo responsável familiar fosse incapaz de responder ao questionário e/ou não residiam com a criança.

3.6 AMOSTRA

Foram estudadas todas as crianças atendidas pelo serviço de Nutrição das UBSs (n=82) Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraíso, no período de julho a outubro de 2018.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada digitação dos dados no programa Microsoft Excel 2010.

Para fins de análise, as variáveis independentes foram categorizadas da seguinte forma: sexo (masculino/feminino), idade (média), cor da pele (branca/ não branca), escolaridade dos pais (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior completo, ensino superior incompleto), aglomeração familiar (2 pessoas, 3 pessoas, 4 ou mais pessoas), renda familiar (até 1 salário mínimo, 2-3 salários mínimos, > 4 salários mínimos) e estado nutricional (magreza, eutrofia, sobrepeso e obesidade).

Para a análise descritiva, as variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências absolutas (n) e relativas (%), e a variável quantitativa (idade) foi apresentada através de medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão).

Ainda, foi realizada análise bruta da associação entre IA e as variáveis independentes estudadas através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, utilizando o nível de significância em 5%.

Para a realização das análises foi utilizado o programa Stata versão 12.1.

3.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

A aplicação do questionário (Apêndice B) e as medidas antropométricas (peso e estatura) foram realizadas por profissionais nutricionistas treinados, nas Unidades de Saúde da Família no período diurno. A coleta foi dividida em dois momentos: a aplicação do questionário aos pais/responsáveis e a mensuração do peso e da altura da criança. Ambos realizados na sala de atendimento do serviço de nutrição.

3.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contendo informações socioeconômicas e demográficas (Blocos A e B) (APÊNDICE B).

A IA (Bloco C) foi avaliada para traçar o perfil da condição de SA no Brasil, utilizando variáveis de situação do domicílio, composição da unidade domiciliar segundo a existência ou não de moradores menores de 18 anos de idade, sexo da pessoa de referência, número de moradores do domicílio, rendimento domiciliar *per capita* e recebimento de transferência de renda de programas sociais governamentais, tornando estes indicadores parte de um instrumento para conhecimento da situação de SA no país (IBGE, 2004), validado por Perez-Escamilla et al. (2004).

A classificação da IA foi realizada através da EBIA, com uma escala com 14 itens para famílias compostas por adultos e pessoas menores de 18 anos. As respostas são avaliadas apontando sobre a falta de alimentos, a redução da qualidade da alimentação até a falta de comida para a família baseadas nos últimos 3 meses. Cada resposta afirmativa soma um ponto ao escore total da escala e a classificação é a seguinte: segurança alimentar (nenhum ponto), IA leve (de um a cinco pontos para domicílios com menores de idade), IA moderada (de seis a nove pontos para domicílios com menores de idade) e IA grave (de 10 a 14 pontos para domicílios com menores de idade).

Além disso, para a coleta das medidas antropométricas (peso/estatura) foi utilizada balança antropométrica mecânica 110-CH Welmy com capacidade de 150 kg e precisão de 100g e estadiômetro fixo Prime Med com campo de medição de 0,80 a 2,20 metros e precisão milimétrica. Respectivamente, para as aferições foi seguido o protocolo de Lohman e Roche (1998).

O programa *Anthro Plus* versão 1,04 foi utilizado para calcular o índice de massa corporal (IMC) para idade das crianças, classificando-as nos seguintes pontos de corte: magreza (< -2 escore z); eutrofia (≥ -2 a $< +1$ escore z); sobrepeso ($\geq +1$ a $< +2$ escore z); obesidade ($\geq +2$ escore z) (WHO, 2006; WHO, 2007), analisado na curva de IMC/I.

3.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os possíveis riscos da pesquisa são quebra de sigilo dos dados, no entanto, este risco foi amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante. Além disso, desconfortos poderiam ocorrer ao responder questões referentes às perguntas sobre renda e ausência de alimento no âmbito familiar.

Os benefícios da pesquisa são que, através da identificação das crianças com IA e/ou estado nutricional inadequado, as mesmas seriam encaminhadas para atendimento especializado de nutrição. Além disso, esses dados permitirão a construção ou aprimoramento de políticas públicas voltadas a essas situações.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação nº 2.563.866 pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UNESC (ANEXO A) e mediante autorização dos locais onde foram realizadas a pesquisa por meio da apresentação do projeto e Carta de Aceite (ANEXO B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os responsáveis pelas crianças que aceitaram participar da pesquisa autorizaram sua realização por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Nesta pesquisa, foi utilizado apenas o TCLE, que foi aplicado aos responsáveis pelas crianças e não sendo utilizado o Termo de Consentimento, pois todas as informações do questionário foram fornecidas pelos responsáveis. As crianças cujos responsáveis aceitaram participar do estudo, foram apenas pesadas e medidas. Além disso, justifica-se a ausência do Termo de Consentimento por serem estudadas crianças de zero a dez anos, impossibilitando a aplicação do referido termo a todas elas.

4 RESULTADOS

O estudo contou com a participação de 82 crianças. As características demográficas e socioeconômicas destas crianças e seus responsáveis são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que as crianças possuíam, em média 4,5 anos de idade ($\pm 2,5$). A maioria da amostra era do sexo masculino (57,3%), apresentava cor da pele branca (79,3%), e possuía renda de 2 a 3 salários mínimos (56,0%). A escolaridade mais evidenciada foi ensino médio completo, tanto para mãe quanto para o pai das crianças (39,6% e 41,7%, respectivamente).

A Tabela 2 apresenta os dados de IA das crianças. Observa-se que a IA foi encontrada em 29,3% da amostra, sendo que cerca de 10% apresentavam IA moderada.

O estado nutricional das crianças estudadas pode ser observado na Tabela 3. Evidencia-se que mais de um terço (37,8%) das crianças apresentavam excesso de peso e que 6,1% delas foram classificadas com magreza.

A prevalência de IA de acordo com as variáveis independentes estudadas estão representadas na Tabela 4. Pode-se verificar que as variáveis renda familiar e cor da pele estiveram associadas à IA. As crianças de cor da pele não branca ($p < 0,001$) e aquelas pertencentes a famílias com renda de até 1 salário mínimo ($p < 0,001$) foram as que apresentaram maior prevalência de IA comparadas àquelas de cor da pele branca e pertencentes a famílias com, no mínimo, 4 salários mínimos. Para as demais variáveis não houve associação com a IA.

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da amostra estudada. Criciúma, SC, 2018. (n=82)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	47	57,3
Feminino	35	42,7
Cor da pele		
Branca	65	79,3
Não branca	17	20,7
Escolaridade da mãe		
Ensino fundamental incompleto	7	8,6
Ensino fundamental completo	11	13,6
Ensino médio completo	32	39,6
Ensino médio incompleto	12	14,8
Ensino superior completo	9	11,1
Ensino superior incompleto	10	12,3
Escolaridade do pai		
Ensino fundamental incompleto	13	18,1
Ensino fundamental completo	6	8,3
Ensino médio completo	30	41,7
Ensino médio incompleto	7	9,7
Ensino superior completo	11	15,3
Ensino superior incompleto	5	6,9
Renda (em salários mínimos)		
Até 1 salário mínimo	21	28,0
2-3 Salários mínimos	42	56,0
≥4 salários mínimos	12	16,0
Aglomeración familiar		
2 pessoas	30	36,6
3 pessoas	28	34,1
4 ou mais	24	29,3
Idade (em anos)		
Média	4,5	
Desvio padrão	2,5	

Percentual máximo de observações desconhecidas para a variável escolaridade do pai: 12,2% (n=10).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2 - Insegurança alimentar da amostra estudada. Criciúma, SC, 2018. (n=82)

	N	%
Sem insegurança	58	70,7
Insegurança leve	16	19,5
Insegurança moderada	8	9,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3 - Estado nutricional da amostra estudada. Criciúma, SC, 2018. (n=82)

	N	%
Magreza	5	6,1
Eutrofia	46	56,1
Sobrepeso	14	17,1
Obesidade	17	20,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 4 – Prevalência de insegurança alimentar de acordo com as variáveis independentes estudadas. Criciúma, SC, 2018. (n=24)

	n (%)	Valor p
Sexo		0,271 ^a
Masculino	16 (34,0)	
Feminino	8 (22,9)	
Idade		0,313 ^a
<5 anos	12 (25,0)	
≥5 anos	12 (35,3)	
Cor da pele		<0,001 ^a
Branca	11 (16,9)	
Não branca	13 (76,5)	
Renda (em salários mínimos)		<0,001 ^b
Até 1 salário mínimo	15 (71,4)	
2-3 Salários mínimos	7 (16,7)	
≥4 salários mínimos	1 (8,3)	
Agglomerado		0,585 ^a
2 pessoas	7 (23,3)	
3 pessoas	10 (35,7)	
4 ou mais	7 (29,9)	
Estado nutricional		0,458 ^b
Magreza	1 (20,0)	
Eutrofia	14 (30,4)	
Sobrepeso	6 (42,9)	
Obesidade	3 (11,7)	

^aTeste Qui-quadrado de Pearson

^bTeste Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5 DISCUSSÃO

O principal achado evidenciado no presente estudo foi que cerca de um terço das crianças apresentaram IA leve e moderada, não sendo evidenciadas situações de IA grave. Resultados similares foram encontrados em pesquisas nacionais brasileiras (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008). A pesquisa nacional de amostra por domicílio (PNAD) mostrou que 33% das famílias que residiam na zona urbana do Brasil apresentavam IA (BRASIL, 2006a). Na pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS) a IA esteve presente em 40% dos domicílios pesquisados, com prevalências mais altas de insegurança alimentar grave nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (BRASIL, 2008).

Prevalência semelhante foi encontrada na PNDS, realizada em 2006, que estudou mulheres de 15 a 49 anos de idade e seus filhos menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2008). No entanto, ao avaliar o estado de Santa Catarina, dados da PNAD de 2013 revelaram que 11% dos domicílios estudados apresentaram IA (BRASIL, 2015).

Estudos locais avaliando a prevalência de IA também encontraram resultados alarmantes. Pimentel, Sichieri e Salles-Costa (2009), ao estudarem crianças na cidade de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, encontrou que 60% apresentaram IA leve e moderada e 12% grave (PIMENTEL; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2009). Do mesmo modo, outra pesquisa realizada com crianças do estado da Paraíba verificou que 62,8% delas apresentou IA leve e moderada e que 12% foram classificadas como tendo IA grave (PEDRAZA; SALES, 2014). Importante destacar que todos esses autores utilizaram a mesma metodologia que foi usada no presente estudo para avaliar IA, o que permitiu a comparabilidade dos achados.

Nas últimas décadas, em várias partes do mundo, tem-se observado um aumento significativo das pesquisas relacionadas à SA, que abordam tanto o diagnóstico de populações vulneráveis à fome, como seus determinantes e consequências para a saúde e bem-estar (ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORREA, 2012). A atenção permanente à importância da SAN no Brasil e no mundo tornou relevante a busca por indicadores capazes de acompanhar a sua evolução, avaliar o impacto das intervenções e estabelecer comparações tempo-espaço (PEREIRA; SANTOS, 2008).

De acordo com Bezerra, Olinda e Pedraza (2017), uma vez que a IA é considerada um problema populacional e de conotação socioeconômica, reforça-se a atenção prioritária por parte das diferentes instâncias governamentais do país, com a efetivação de políticas públicas de combate à fome e à miséria como: Guias Alimentares, Programa de Aquisição de Alimentos, Promoção de Alimentação Saudável nas Escolas.

Desagregar informações sobre a situação de IA por subgrupo da população traz visibilidade para ações de planejamento e/ou implementação de políticas públicas (SPERANDIO; PRIORI, 2015; BRASIL, 2006). De acordo com Poblacion et al.(2014), as crianças, além de representarem um grupo de indivíduos mais suscetíveis à IA e nutricional devido ao processo de crescimento e desenvolvimento, são proporcionalmente mais acometidas pela falta de acesso aos alimentos em casa quando comparadas à população total do país.

A alta prevalência de sobrepeso e obesidade (17,1% e 20,7%, respectivamente) encontrada no presente estudo foi um resultado bem alarmante. Em pesquisa com crianças brasileiras menores de 5anos, 7,3% apresentaram um excesso de peso para altura (BRASIL, 2008).Outro estudo com beneficiários do Bolsa Família, encontrou que 15,8% das crianças de até 2 anos e 7,7% das crianças com idade maior de 2 anos até 5 anos, apresentavam excesso de peso segundo avaliação de IMC para idade (PACHECO et al.,2018).

Nos dias de hoje, a coexistência da desnutrição e do excesso de peso e a má nutrição em ambos estados nutricionais, é algo comumente encontrado e a chamada transição nutricional é a principal responsável por essa condição (CORVÁLAN et al., 2017). Enquanto de um lado, a desnutrição vem sendo combatida e melhorada, a rápida urbanização e melhora das condições socioeconômicas que possibilitam o acesso a alimentos densos energeticamente e pobres nutricionalmente, vêm favorecendo o crescimento/desenvolvimento do excesso de peso infantil (CORVÁLAN et al., 2017). Além disso, fatores como o excesso de ganho de peso durante a gestação, genética, desequilíbrios endócrinos e sedentarismo, parecem também estarem associados com a obesidade infantil (MITANCHEZ; CHAVATTE-PALMER, 2018;KUMAR; KELLY, 2017; CORVÁLAN et al., 2017). De modo geral, os fatores que atuam sobre o desenvolvimento do excesso de peso infantil têm múltiplas causas sendo de fatores biológicos, genéticos e ambientais, fazendo com que doenças consideradas do público adulto, apareça ainda na infância (KUMAR; KELLY,2017).

Outro achado evidenciado no presente estudo foi que a IA esteve associada à renda do responsável e à cor da pele da criança. Tal resultado vai ao encontro de outros estudos que demonstraram que o nível socioeconômico influencia na SA (PEDRAZA et al., 2014; SANTOS; GIGANTE, 2010). Pedraza (2013) refere que, no Brasil, o acesso de toda a população a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente depende, predominantemente, da renda que o indivíduo ou sua família dispõe e dos preços a que tais alimentos são vendidos. Segundo o autor, a baixa renda familiar, o desemprego, o subemprego e as oscilações bruscas de preços são fatores estruturais e conjunturais que situam 45 milhões de brasileiros abaixo da linha de pobreza e indigência.

Estudo de Pedraza et al. (2014) também evidenciou relação significativa entre IA e renda, ou seja, aquelas crianças pertencentes a famílias com renda menor que dois salários mínimos apresentaram 6 vezes mais risco de IA quando comparadas àquelas cujas famílias recebiam, pelo menos, dois salários mínimos.

Segundo Santos e Gigante (2010), a prevalência de IA foi 10 vezes maior em famílias que receberam menos de dois salários mínimos do que entre aquelas que receberam, no mínimo, quatro salários mínimos. Esses achados também vão ao encontro da hipótese de que a renda influencia no poder de compra dos alimentos e, conseqüentemente, na acessibilidade a uma alimentação adequada (MONTEIRO et al., 2014).

A cor da pele tem sido amplamente utilizada em estudos sobre desigualdades, apresentando a população de cor preta maior desvantagem no que se referem a condições de saúde, taxas de mortalidade, além de nível de educação, emprego e renda (IBGE, 2004). Estudos apontam que as prevalências de IA são mais elevadas em indivíduos pretos/pardos, de baixa escolaridade, com faixas salariais menores, desempregados, com trabalho informal e precário (PANIGASSI et al., 2008; FACCHINI et al., 2014). As maiores probabilidades de IA moderada ou grave foram observadas em domicílios onde a cor da pele materna era preta ou parda e onde se tinha menor escolaridade materna, refletindo a situação econômica destes domicílios. Em ambas as regiões nordeste e sul, a renda média per capita foi, no mínimo, 20% menor em domicílios cujas mães referiram ser de cor da pele preta ou parda/mestiça, em comparação aos domicílios onde a cor da pele materna era branca. Essas associações ratificam ainda mais as raízes de iniquidades étnicas e sociais na ocorrência da IA e que dão uma resposta fiel ao resultado do presente estudo (FACCHINI et al, 2014).

No presente estudo, o estado nutricional das crianças não apresentou associação com a IA. Similarmente, estudo realizado por Oliveira et al. (2010) também não encontrou associação entre essas variáveis entre crianças menores de cinco anos. Monteiro et al. (2014), avaliando os índices de estatura/idade, peso/idade, IMC/idade em crianças até 5 anos de idade, encontrou associação somente com o índice de estatura/idade nas crianças de até 2 anos. Além disso, Rocha et al. (2012) também não evidenciaram associação entre IA e estado nutricional das crianças avaliado através dos índices peso/idade, peso/altura, IMC/idade, altura/idade. Por outro lado, alguns autores encontraram associação entre IA e índices antropométricos (PIMENTEL; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2009; SANTOS; GIGANTE, 2013). De acordo com Pimentel, Sichieri e Salles-Costa (2009), crianças pertencentes às famílias com algum nível de IA apresentaram maior déficit ponderal e de estatura. Segundo Monteiro et al. (2014) o prejuízo no crescimento estatural da criança pode sofrer influência da má alimentação/IA sob o ponto de vista quantitativo e qualitativo, que normalmente estão associados a crescimento linear.

Em casos de IA leve, a restrição alimentar ocorre de forma qualitativa, majoritariamente composta por alimentos produzidos industrialmente (MONTEIRO et al., 2014).

Uma alimentação inadequada pode ser caracterizada pela divergência no fornecimento de nutrientes, a qual pode ser acompanhada também pelo excesso de fornecimento de calorias vazias (MORAIS et al., 2014). A definição de SAN precisou passar por transformações devido ao processo de transição nutricional que vêm ocorrendo nas últimas décadas (BARRETO et al., 2005). Portanto, atualmente a IA não aborda somente a desnutrição e suas carências, mas também o excesso de peso e suas patologias associadas (BARRETO et al., 2005).

Os resultados encontrados por Monteiro et al. (2014) em relação à existência de déficit e excesso de peso simultaneamente, são bem característicos do processo de transição nutricional pelo qual a população, inclusive as crianças, vem passando. Os autores, afirmam ainda que as más escolhas alimentares são influenciadas pelo acesso e qualidade dos alimentos disponíveis no seu domicílio. Oliveira et al. (2010) também evidenciou que a IA leva a riscos maiores do que apenas a desnutrição, como a obesidade/sobrepeso e carências nutricionais resultantes de má alimentação.

Atualmente, a existência da desnutrição e excesso de peso é comum em uma mesma população, e atinge igualmente diversos grupos populacionais (PEREIRA et al., 2017). Estratégias, como o bolsa família, vêm possibilitando a melhora do consumo alimentar nas famílias menos favorecidas, igualando o estado nutricional nos diferentes níveis sociais (PEREIRA et al., 2017). A IA é extremamente complexa e influenciada por diversas variáveis, assim seus indicadores não são capazes de identificar todos os seus influenciadores (MORAIS et al., 2014). Dessa forma, novas metodologias de acompanhamento nutricional precisam ser implantadas para identificar de forma mais profunda os determinantes e fatores associados ao estado nutricional (PEREIRA et al., 2017), determinantes estes que, segundo as observações dos estudos citados acima, vão além da IA.

É importante destacar que o estudo não foi realizado em todas as ESFs do município, mas a amostra do estudo englobou, pelo menos, uma ESF de cada uma das cinco regiões de saúde existentes em Criciúma. Além disso, ressalta-se que o presente estudo é pioneiro na cidade e possibilitará o fortalecimento das ações realizadas pelos serviços de nutrição de todas as regiões de saúde do município.

6 CONCLUSÃO

Diante dos achados do estudo, pôde-se verificar uma alta prevalência de IA e de excesso de peso entre as crianças estudadas. Além disso, observou-se que a renda familiar e a cor da pele estiveram associadas à IA desses indivíduos. Crianças de cor de pele não branca e pertencentes à família com renda de até 1 salário mínimo foram as que apresentaram maior prevalência de insegurança alimentar.

Diante disso torna-se imprescindível repensar e implementar ações intersetoriais, principalmente com ações desenvolvidas para as crianças nas escolas e para os responsáveis familiares nas ESFs, nas diversas esferas governamentais a fim de atender aos diferentes níveis de determinação da IA abrangendo os diferentes grupos, em especial os mais vulneráveis como as crianças, podendo utilizar como base ações e/ou intervenções nas estratégias de saúde da família, visando ampliar os direitos alimentares adequados e atendendo às necessidades essenciais, como educação em saúde, ações de conscientização alimentar.

Deve-se ainda repensar em políticas que gerem emprego e renda e, conseqüentemente, aumento do poder aquisitivo das famílias facilitando maior acesso aos bens de consumo e diminuição de desigualdade social.

Por fim, reforça-se a importância do monitoramento da IA através de ferramentas adequadas, como a EBIA, a fim de auxiliar os gestores de políticas públicas tanto na identificação dos grupos para os quais os recursos deverão ser prioritariamente dirigidos, quanto nas ações a serem realizadas a esse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

- ANSCHAU, Francielle Richetti; MATSUO, Tiemi; SEGALL-CORREA, Ana Maria. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 25, n. 2, p. 177-189, 2012.
- BARRETO, Sandhi Maria et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.
- BEZERRA, Thaise Alves; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Segurança alimentar entre famílias com crianças menores de cinco anos residentes em área de vulnerabilidade social de Campina Grande, Paraíba. **Revista de Nutrição**. vol. 28 n. 6 Campinas, 2015.
- BEZERRA, Thaise Alves; OLINDA, Ricardo Alves de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança Alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sócio-demográficos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p. 637-651, fev., 2017.
- BRASIL. Lei 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 a alimentação adequada e dá outras providências**. Brasília, 2006.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança alimentar 2004**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 18 out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher– PNDS 2006**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2013. **IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2015.
- COELHO, Stefanie Eugênia dos Anjos Campos et al. Insegurança alimentar entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação da Escala Curta de Insegurança Alimentar. **Revista de Nutrição**, v. 28, n.4, Campinas: 2015.
- CORVÁLAN, C et al. Nutrition status of children in Latin America. **Obesity Reviews**, v. 18, p. 7-18, jul., 2017.

CORREA, Ana Maria Segall; LEON, Letícia Marin. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**. Vol. 16 n.2. Campinas, 2009.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil? Magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução de iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n.1, Rio de Janeiro, 2014.

FAO. **Food and Agriculture Organization of the United Nations**. 2014. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i4037o.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

_____. **Food and Agriculture Organization of the United Nations**. 2014a. Disponível em: http://www.fao.org.br/download/SOFI_p.pdf. Acesso em: 04 out. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Segurança alimentar**. 2004. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/1992-novo-portal/edicao/10526-seguranca-alimentar-2004.html>. Acesso em: 25 out. 2017.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Segurança Alimentar 2009. Rio de Janeiro, 2009.

FLORES, Larissa S. et al. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 5, p. 456-461, 2013 .

KUMAR, Seema; KELLY, Aaron s. Review of Child hood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. **MayoClin. Proc.**, v. 92, n. 2, p. 251-265, feb., 2017.

LOHMAN, Timothy; ROCHE, Alex, I R. Anthropometric standardization reference manual. **Champaign: Human Kinetics**, 1998.

MEDEIROS, Amira Rose Costa et al. Insegurança alimentar moderada e grave em famílias integradas por pessoas vivendo com HIV/Aids: validação da escala e fatores associados. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3353-3364, 2017 .

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004 .

MITANCHEZ, Delphine; CHAVATTE-PALMER, Pascale. Review shows that maternal obesity induces serious adverse neonatal. Effects and is associated with child hood obesity in their offspring. **Acta Paediatrica**, v. 107, p. 1156-1165, 2018.

MONTEIRO, Flávia et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p.1347-1357, 2014.

MORAIS, Dayane de Castro et al. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, 2014.

MOURA, Andréia Ferreira de; MASQUIO, Deborah Cristina Landi. A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. **Revista de Educação Popular**. Uberlândia, v. 13, n. 1, 2014.

- OLIVEIRA, Juliana Souza et al. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semiárido do Nordeste. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 12, n. 3, p. 413-423, setembro, 2009.
- OLIVEIRA, Juliana Souza et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de Gameleira, zona da mata do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 10, n. 2, p. 237-245, jun., 2010.
- PACHECO, Pauline Müller et al. Food and nutritional security off amilies assisted by the Bolsa Familia cash transferprogram in primary health care. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v. 42, n. 2, p. 459-477, 2018.
- PANIGASSI, Giseli et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Caderno de Saúde Pública,** vol.24, n.10, pp.2376-2384, 2008.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa; QUEIROZ, Daiane de, MENEZES, Tarciana Nobre de. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, **Revista Brasileira de Nutrição,** v.26, n.5, p.517-527, 2013.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa; SALES, Márcia Cristina. (In) segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de um indicador do problema e experimentação em famílias da Paraíba, Brasil. **Interações (Campo Grande).** Campo Grande, v. 15, n. 1, p. 79-88, jun., 2014.
- PEREZ-ESCAMILLA et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing house hold food insecurity in Campinas, Brazil. **Jornal de Nutrição,** 2004.
- PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 22, n. 10, p. 3341-3352, 2017.
- PEREIRA, Rosângela Alves; SANTOS, Leonor Maria Pacheco. A dimensão da Insegurança Alimentar. **Revista de Nutrição.** São Paulo, 2008.
- PIMENTEL, Patrícia Gomes; SICHIERI, Rosely; SALLES-COSTA, Rosana. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais.** São Paulo, v. 26, n. 2, p. 283-294, dez., 2009.
- POBLACION, Ana Paula et al. Insegurança alimentar em domicílios brasileiros com crianças menores de cinco anos. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1067-1078, maio, 2014.
- ROCHA, Élide Mara Braga et al. Situação nutricional de crianças em município de privilegiado Índice de Desenvolvimento Humano do semiárido brasileiro e sua relação com Insegurança Alimentar. **Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas,** v. 19, n. 2, p. 17-29, 2012.
- SANCHES, Ana Paula Lara Michelin. **Insegurança Alimentar domiciliar e estado nutricional de crianças de creches municipais de Ribeirão Preto.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- SANTOS, Janaína Vieira dos; GIGANTE, Denise Petrucci; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. 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, v. 26, n. 1, p. 411-49, 2010.

SANTOS, Leonardo Pozzados; GIGANTE, Denise Petrucci. Relação entre insegurança alimentar e estado nutricional de crianças brasileiras menores de cinco anos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 4, p. 984-94, 2013.

SPERANDIO, Naiara; PRIORE, Silvia Eloiza. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v.24, n.4, 2015.

VICENZI, Keli et al. Insegurança alimentar e excesso de peso em escolares do primeiro ano do Ensino Fundamental da rede municipal de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.5, 2015.

VIEIRA, Viviane Laudelino; SOUZA, Maria Pacheco de; CERVATO-MANCUSO, Nara Maria. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v.10, n.2, 2010.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição: da Gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WHO. World Health Organization. **WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1. Acesso em: 27 nov. 2017.

WHO. World Health Organization. **Growth reference data for 5-19 years**. Geneva: 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Insegurança Alimentar e fatores associados em crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Criciúma - SC.

Objetivo: Avaliar a prevalência de insegurança alimentar e seus fatores associados em crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Criciúma -SC.

Período da coleta de dados: 01/07/2018 a 30/10/2018

Tempo estimado para cada coleta: 30 minutos

Local da coleta: Unidades Básicas de Saúde Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraíso

Pesquisador/Orientador: Antônio Augusto Schäfer

Telefone: (48) 34312609

Pesquisador/Acadêmico: Jayne Fernanda da Silveira

Telefone: (48) 998326626

Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa a cima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador (a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar

informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

<p>A coleta de dados será realizada nas Unidades Básicas de Saúde Operária Nova, Mina do Mato, Rio Maina, Pinheirinho, Santa Luzia e Paraiso, por entrevistadores treinados, e será dividida em duas partes. Na primeira parte, o(a) senhor(a) responderá a algumas perguntas referentes à insegurança alimentar, questões socioeconômicas e demográficas. O(A) senhor(a) responderá a essas perguntas na sala de atendimento do serviço de nutrição em, aproximadamente, 25 minutos. A segunda parte da pesquisa será composta pela aferição do peso e estatura da criança que foi atendida na Unidade e pela qual o(a) senhor(a) é responsável. A tomada dessas medidas também será feita na sala de atendimento do serviço de nutrição em, aproximadamente, 5 minutos. Dessa forma, as duas etapas da coleta de dados terão duração máxima aproximada de 30 minutos.</p>

RISCOS

<p>Quebra de sigilo dos dados e este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgado os dados pessoais do participante. Além disso, desconfortos poderão ocorrer ao responder questões referentes a perguntas sobre renda e ausência de alimento no âmbito familiar.</p>

BENEFÍCIOS

<p>Através da identificação das crianças com insegurança alimentar e/ou estado nutricional inadequado, as mesmas serão encaminhadas para atendimento especializado. Além disso, esses dados permitirão a construção ou aprimoramento de políticas públicas voltadas a essas situações.</p>
--

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram

devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao pesquisador responsável.

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora Jayne Fernanda da Silveira pelo telefone (48) 998326626e/ou pelo e-mailjaynefernanda.nutricionista@gmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC pelo telefone (48) 3431 2606 e/ou pelo e-mail cética@unesc.net.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da UNESC pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário/Participante	Pesquisador Responsável
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____ . _____ . _____	CPF: _____ . _____ . _____

Criciúma(SC), _____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO	Nº _____
Data da entrevista _____ / _____ / _____	
BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1. Qual a data de nascimento da criança? _____ / _____ / _____	A1. _____
A2. Qual o sexo da criança? (0) Masculino (1) Feminino	A2. _____
A3. Quem é o responsável familiar pela criança que está respondendo o questionário? (0) Mãe (1) Pai (2) Avô/Avó (3) Outros	A3. _____
A4. Qual é a cor da pele da criança? (0) Branca (1) Negra (2) Parda (3) Indígena (4) Amarela (7) Não sabe	A4. _____
A5. Em qual região a criança reside? (0) Santa Luzia (1) Próspera (2) Centro (3) Boa Vista (4) Rio Maina	A5. _____
A6. Qual a escolaridade do pai? (0) Ensino Fundamental Incompleto (1) Ensino Fundamental Completo (2) Ensino Médio Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Superior Completo (5) Ensino superior Incompleto (6) Sem escolaridade (7) Não sabe	A6. _____
A7. Qual a escolaridade da mãe? (0) Ensino Fundamental Incompleto (1) Ensino Fundamental Completo (2) Ensino Médio Completo (3) Ensino Médio Incompleto (4) Ensino Superior Completo (5) Ensino superior Incompleto (6) Sem escolaridade (7) Não sabe	A7. _____
A8. Qual é a renda familiar em salários mínimos? (0) até 1 salário mínimo (1) 2 – 3 salários mínimos (2) \geq 4 salários mínimos (7) Não sabe	A8. _____
A9. Quem é o chefe da família? (0) Pai (1) Mãe (2) Outros (7) Não sabe	A9. _____

A10. Quantas pessoas residem na mesma residência da criança (sem contar com a criança)? _____	A10. _____
BLOCO B - ESTADO NUTRICIONAL	
B1. Peso: _____ Kg	B1. _____
B2. Estatura: _____ cm	B2. _____
BLOCO C - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR	
<p>Agora vou ler para o(a) sr(a) algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que tu respondas a todas elas. Lembre que todas as questões se referem aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta do(a) entrevistado(a).</p>	
<p>D1. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p>	D1 _____
<p>D1.1. Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8) NSA</p>	D1.1 _____
<p>D2. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p>	D2 _____
<p>D2.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8) NSA</p>	D2.1 _____
<p>D3. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p>	D3 _____

<p>D3.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D3.1 ____</p>
<p>A QUESTÃO A SEGUIR DEVE SER PERGUNTADA SOMENTE EM CASAS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E OU ADOLESCENTES)</p>	
<p>D4. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar <u>os moradores com menos de 18 anos</u>, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D4.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D4 ____</p> <p>D4.1 ____</p>
<p>CASO O(A) ENTREVISTADO(A) TENHA RESPONDIDO “NÃO” OU “NÃO SABE” EM TODAS AS QUESTÕES ANTERIORES ENCERRE O MÓDULO. CASO CONTRÁRIO, (QUALQUER UMA DAS QUESTÕES RESPONDIDAS AFIRMATIVAMENTE) SIGA PARA A PRÓXIMA QUESTÃO</p>	
<p>D5. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D5.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D5 ____</p> <p>D5.1 ____</p>

<p>D6. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p> <p>D6.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>D6 _____</p> <p>D6.1 _____</p>
<p>D7. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p> <p>D7.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>D7 _____</p> <p>D7.1 _____</p>
<p>D8. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) 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 comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p> <p>D8.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias (7) Não sabe (8) NSA</p>	<p>D8 _____</p> <p>D8.1 _____</p>
<p>ENCERRE O QUESTIONÁRIO NA QUESTÃO ANTERIOR SE NÃO HOUVER MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS</p>	
<p>D9. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) não pode oferecer a <u>algum morador com menos de 18 anos</u>, uma alimentação saudável e</p>	<p>D9 _____</p>

<p>variada, porque não tinha dinheiro?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D9.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou 2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D9.1 ____</p>
<p>D10. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, <u>algum morador com menos de 18anos</u> não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D10.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D10 ____</p> <p>D10.1 ____</p>
<p>D11. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) Sr(a) alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de <u>algum morador com menos de 18 anos</u>, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D11.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D11 ____</p> <p>D11.1 ____</p>
<p>D12. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez <u>algum morador com menos de 18 anos</u> deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D12.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D12 ____</p> <p>D12.1 ____</p>

<p>D13. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, <u>algum morador com menos de 18anos</u> teve fome, mas Sr(a) simplesmente não podia comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D13.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D13 ____</p> <p>D13.1 ____</p>
<p>D14. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, <u>algum morador com menos de 18anos</u> teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1)Sim (7) Não sabe</p> <p>D14.1 Se sim, com que frequência?</p> <p>(1) Em quase todos os dias (2) Em alguns dias (3) Em apenas 1 ou2 dias(7) Não sabe (8)NSA</p>	<p>D14 ____</p> <p>D14.1 ____</p>

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 2.563.866

CAAE: 80612017.0.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Schafer

Pesquisador (a): Jayne Fernanda Da Silveira

Título: "INSEGURANÇA ALIMENTAR E FATORES ASSOCIADOS EM CRIANÇAS ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA CIDADE DE CRICIÚMA-SC"

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 26 de março de 2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Renan Antônio Ceretta'.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP

ANEXO B - CARTA DE ACEITE



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

09/03/2018

Processo: 510684

CARTA DE ACEITE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada "Insegurança alimentar e fatores associados em crianças atendidas em unidades básicas de saúde da cidade de Criciúma/SC".

O estudo tem o propósito de avaliar dados nas Unidades Básicas de Saúde de Criciúma/SC e está sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^o. Antonio Augusto Schäfer e da mestranda Nut^a Jayne Fernanda da Silveira, ambos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.


PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Paulo Aguiar Menezes
Ação Política - CR110/0703 - Serviço de Área
Nutrição e Nutrição Mat 55084

Nome do Responsável
Cargo e nome da Instituição/Empresa e Carimbo

Secretaria Municipal de Saúde: Rua Rio dos Cedros s/n (CEREST) – Bairro Santa Augusta, Fone: 34458703. Criciúma SC, CEP. 88805-430