



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



EDIMAR TORRES ZANONI

INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC

CRICIÚMA/SC

2022

EDIMAR TORRES ZANONI

INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR NO MUNICÍPIO 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 obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda de Oliveira Meller

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Dallazen

CRICIÚMA/SC

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Z33a Zanoni, Edimar Torres.

Insegurança alimentar domiciliar no município de Criciúma - SC / Edimar Torres Zanoni. - 2022.
89 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Fernanda de Oliveira Meller.

Coorientação: Camila Dallazen.

1. Insegurança alimentar - Criciúma (SC). 2. Segurança alimentar e nutricional. 3. Fatores de risco. 4. Direito à alimentação. I. Título.

CDD 23. ed. 363.8098164

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

EDIMAR TORRES ZANONI

**TÍTULO DO TRABALHO: "INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR NO
MUNICÍPIO DE CRICIÚMA - SC"**

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

Criciúma, 13 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA



Profa. Fernanda de Oliveira Meller
Doutora – Orientadora
Presidente



Prof. Leonardo Pozza dos Santos
Doutor – UFPel
Membro externo



Prof. Antonio Augusto Schäfer
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

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

Dedico esta dissertação a todos que lutam por um mundo melhor, em especial, aos trabalhadores na Saúde Coletiva, pesquisadores da Segurança Alimentar e Nutricional e da Promoção da Saúde.

AGRADECIMENTOS

Sou grato pela vida que oportuniza o crescimento e aprendizado. Agradeço todos aqueles que cruzaram meu caminho e com seus valores, contribuíram para minha trajetória acadêmica, me fazendo seguir com foco, firmeza, dedicação e fé.

Em especial a minha professora e orientadora Fernanda de Oliveira Meller pela excelente orientação, comprometimento, parceria e apoio. Com muita generosidade me apresentou ao tema e possibilitou uma linda experiência acadêmica.

A professora Camila Dallazen que direcionou a pesquisa para embasamento do tema, contribuindo para compreensão da história e ampliação da atuação do profissional nutricionista na saúde coletiva, multiplicando luz sobre as dificuldades em torno da Segurança Alimentar e Nutricional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense e à Coordenação pelo recebimento e acolhimento, deste o primeiro dia de aula até a conclusão das atividades.

A minha família, pela herança cultural, incentivo aos estudos e apoio durante toda minha trajetória acadêmica.

A todos, minha gratidão!

RESUMO

A insegurança alimentar é condicionada pela falta de acesso à alimentação, podendo ser categorizada num grau mais leve (ausência da fome) até de maior gravidade, chegando a estado de fome. Esses diferentes estados de insegurança alimentar comprometem os aspectos físicos e psicológicos do ser humano. Compreender a insegurança alimentar permite reconhecer as causas que podem estar ligadas às ações sócio-organizacionais e assegurar ferramentas na luta pelo bem-estar em todas as fases do desenvolvimento humano. Esta compreensão pode colaborar na transformação das realidades e realização de todos os direitos. Este estudo verificou a prevalência de insegurança alimentar e seus fatores associados em domicílios do município de Criciúma - SC. Tratou-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, com os dados da pesquisa de base populacional intitulada "Saúde da População Criciumense" desenvolvida no período de março a dezembro do ano de 2019, com indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes no município de Criciúma - SC. Foi aplicado um questionário padronizado e pré-codificado, para obtenção dos dados sociodemográficos e de alimentação, e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, para avaliação da insegurança alimentar no domicílio. No total, foram avaliados 562 indivíduos, dos quais 25,8% se encontravam em insegurança alimentar. Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis estudadas, através da apresentação das frequências absoluta (n) e relativa (%). Verificou-se as possíveis associações entre as variáveis independentes e a insegurança alimentar, foram realizadas análises brutas e ajustadas utilizando a Regressão de Poisson com nível de significância de 5%. Para as análises ajustadas, foi construído um modelo hierárquico, sendo considerado no primeiro nível as variáveis cor de pele, idade e sexo. No segundo nível foi considerado as variáveis renda, trabalho pago, escolaridade, estado civil, tipo de moradia e número de moradores. No terceiro nível foi considerado estado nutricional, autopercepção da alimentação, qualidade da alimentação, número de refeições e realização das principais refeições. Após ajuste para os possíveis fatores de confusão incluídos no modelo de ajuste, mantiveram-se associadas com a insegurança alimentar os domicílios alugados, onde residiam indivíduos adultos jovens (30 a 39 anos), de cor de pele não branca, menos escolarizados (5-8 anos), com renda mensal (500,00-1000,00 reais). Além disso, aqueles domicílios com indivíduos que reportaram autopercepção da alimentação como regular e que realizavam de 1 a 2 refeições ao dia ($p < 0,05$). Estes dados revelaram a elevada prevalência de insegurança alimentar nos domicílios estudados e seus fatores associados a ela, mostrando a necessidade e a importância de ações e políticas públicas locais, tanto para melhoria das condições de saúde e educação como para geração de emprego e renda para a população, tendo como consequência melhora do cenário da insegurança alimentar no município.

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional. Escala brasileira de insegurança alimentar. Fatores de risco. Estudos transversais.

ABSTRACT

Food insecurity is conditioned by the lack of access to food, and can be categorized from a milder degree (absence of hunger) to a greater severity, reaching a state of hunger. These different states of food insecurity compromise the physical and psychological aspects of human beings. Understanding food insecurity makes it possible to recognize the causes that may be linked to socio-organizational actions and ensure tools in the struggle for well-being at all stages of human development. This understanding can collaborate in the transformation of realities and the realization of all rights. This study verified the prevalence of food insecurity and its associated factors in households in the city of Criciúma - SC. This was a cross-sectional study with a quantitative approach, with data from the population-based survey entitled "Saúde da População Criciumense" developed from March to December of the year 2019, with individuals aged 18 years or over, residing in municipality of Criciúma - SC. A standardized and pre-coded questionnaire was applied to obtain sociodemographic and food data, and the Brazilian Food Insecurity Scale was applied to assess food insecurity at home. In total, 562 individuals were evaluated, of which 25.8% were food insecure. Descriptive analyzes of all the variables studied were performed, through the presentation of absolute (n) and relative (%) frequencies. Possible associations between independent variables and food insecurity were verified, crude and adjusted analyzes were performed using Poisson regression with a significance level of 5%. For the adjusted analyses, a hierarchical model was constructed, considering the variables skin color, age and sex at the first level. In the second level, the variables income, paid work, education, marital status, type of housing and number of residents were considered. At the third level, nutritional status, self-perception of food, food quality, number of meals and main meals were considered. After adjusting for possible confounding factors included in the adjustment model, rented households where young adults (30 to 39 years old), of non-white skin color, less educated (5- 8 years), with monthly income (500.00-1000.00 reais). In addition, those households with individuals who reported self-perception of eating as regular and who had 1 to 2 meals a day ($p < 0.05$). These data revealed the high prevalence of food insecurity in the studied households and its associated factors, showing the need and importance of local public actions and policies, both to improve health and education conditions and to generate employment and income for the population, resulting in an improvement in the food insecurity scenario in the municipality.

Keywords: Food and nutrition security. Brazilian scale of food insecurity. Risk factors. Cross-sectional studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de IA e fome no nível individual e coletivo	27
Figura 2 - Prevalência de segurança alimentar e IA leve, moderada e grave nos domicílios particulares, por região – 2004/ 2009/ 2013/ 2018.....	33
Figura 3 - Modelo hierárquico dos fatores associados à insegurança alimentar .	49
Figura 4 - Prevalência de insegurança alimentar e suas classificações. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562).....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos graus de IA	29
Quadro 2 - Determinantes de SAN por níveis sócio-organizacionais	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perguntas utilizadas na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).....	28
Tabela 2 - Pontuação para classificação dos domicílios, com e sem menores de 18 anos de idade, segundo a situação de IA	29
Tabela 3 - Ranking Índice de Desenvolvimento Humano por Município no Brasil em 2010	39
Tabela 4 - Características sociodemográficas, comportamentais e de alimentação dos adultos e idosos estudados. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562)	52
Tabela 5 - Análise bruta e ajustada da associação entre insegurança alimentar e variáveis independentes. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562).....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAISAN	Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional
CNAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CONSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FAO	Fundo das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IA	Insegurança Alimentar
IAG	Insegurança Alimentar Grave
IAL	Insegurança Alimentar Leve
IAM	Insegurança Alimentar Moderada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PLANSAN	Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PPGSCol	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SA	Segurança Alimentar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SC	Santa Catarina
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO	18
2.2 HISTÓRICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	20
2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR.....	26
2.4 MAGNITUDE DE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL.....	31
2.5 MÁ NUTRIÇÃO E INSEGURANÇA ALIMENTAR.....	34
2.6 INDICADORES SOCIAIS ASSOCIADOS À (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR FAMILIAR.....	37
3 JUSTIFICATIVA	42
4 OBJETIVOS	43
4.1 OBJETIVO GERAL.....	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5 HIPÓTESES	44
6 MÉTODOS	45
6.1 DESENHO DO ESTUDO.....	45
6.2 LOCAL DO ESTUDO.....	45
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	45
6.3.1 Critérios de inclusão	45
6.3.2 Critérios de exclusão	45
6.4 VARIÁVEIS.....	46
6.4.1 Dependente(s)	46
6.4.2 Independente(s)	46
6.5 COLETA DE DADOS.....	46
6.5.1 Procedimentos e logística	46
6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados	47
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
6.7.1 Riscos e benefícios	50
7 RESULTADOS	51
8 DISCUSSÃO	56

9 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE (S)	76
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	77
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	83
ANEXO (S)	86
ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM HUMANOS DA UNESC	87

1 INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) incide no cumprimento do Direito Humano a Alimentação Adequada, sendo direito de todos ao acesso suficiente e constante a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente. Também deve garantir o acesso a outras obrigações, como princípio de práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a variedade cultural, ambiental, econômica e sejam socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006). Assim, a insegurança alimentar (IA) é condicionada pela falta de acesso à alimentação, podendo ser categorizada num grau mais leve (ausência da fome) até de maior gravidade, chegando a estado de fome. Esses diferentes estados de IA comprometem os aspectos físicos e psicológicos do ser humano (WOLFE; FRONGILLO, 2001).

As causas que violam o Direito Humano à Alimentação Adequada podem estar ligadas aos fatores sociais, sempre que um direito não é respeitado, protegido, promovido ou realizado (VALENTE, 2003). As situações em que as pessoas, ou comunidades estão passando, podem comprometer o acesso a alimentos, em quantidade e qualidade adequada, seja no momento presente ou no futuro próximo. O desemprego, subemprego, baixa remuneração, comprometimento de renda ou recursos naturais; dificuldade ao acesso adequado à água limpa e a saneamento básico de qualidade; à inadequação nutricional em todas as fases do desenvolvimento humano; a desvalorização da cultura alimentar nacional e regional; a falta de acesso à informação e educação são alguns dos fatores que podem levar à IA (LEÃO; RECINE, 2011).

No Brasil, a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2017-2018 mostrou que 36,7% dos domicílios particulares encontram-se em situação de IA. A proporção de domicílios em IA leve foi de 24,0%, IA moderada foi de 8,1% e IA grave foi de 4,6%. É possível afirmar, com base nos resultados desta pesquisa, que cerca de 3,1 milhões de domicílios tiveram algum momento de privação quantitativa de alimentos nos últimos três meses anteriores a avaliação, atingindo adultos, crianças e adolescentes. Portanto, houve ruptura nos moldes de alimentação e a fome permaneceu presente nesses ambientes (IBGE, 2020). Em sua segunda edição, o inquerido nacional sobre IA no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, analisou dados coletados entre novembro de 2021 a abril de 2022, mostrando aumento dos dados, pois 58,7% dos domicílios estavam em IA, destes,

28% em IA leve, 15,2% em IA moderada e 15,5% em IA grave. A quantidade de domicílios em situação de IA é preocupante e revela injustiça e descaso a que são submetidos milhões de brasileiros. Pode-se afirmar que são 125,2 milhões de pessoas em IA e mais de 33 milhões em situação de fome, expressa pela IA grave (BRASIL, 2022).

Na região Sul do país a prevalência de IA teve variações, passando de 23,5% (2004), 18,6% (2009), 14,9% (2013), 20,7% (2018) para 48,2% em 2022 (IBGE, 2020; BRASIL, 2022). No estudo de Gubert, Benicio e Santos (2010), realizado para estimar a prevalência de IA grave para os municípios brasileiros, utilizando uma escala conforme a classificação de IAG em percentuais, sendo classificado como baixa os municípios com prevalência até 3,71%, moderado com classificação de 3,71% até 5,54%, alta prevalência os classificados de 5,54% até 12,81% e muito alta os municípios com prevalência de 12,81% até 31,13%. Verificou-se que o estado de Santa Catarina se destacou por ter a melhor situação, apresentando 95,6% de seus municípios com baixas prevalências de IA grave e nenhum classificado como prevalência alta ou muito alta.

Os estudos realizados no Brasil, deste 1997, mostram que a IA vem diminuindo progressivamente, apontando ações adequadas dentro do plano de política de SAN. Porém, o perfil alimentar da população brasileira está em transição (IBGE, 2020). Dados do IBGE (2020) revelam que o perfil de consumo alimentar dos brasileiros apresenta uma ingestão de calorias mais alta do que preconiza as recomendações internacionais, tendo alto consumo de refeições prontas, de alimentos industrializados com ingredientes de baixo valor nutricional, baixo consumo de frutas, verduras, legumes e oleaginosas. Além da redução do consumo de arroz, feijão, farinha de trigo, de mandioca e leite. No estudo recente da POF 2017-2018, observou-se que quanto maior a gravidade da IA, menor foi a aquisição de hortaliças, frutas, panificados, carnes, aves, ovos, laticínios, açúcares, doces, produtos de confeitaria, sais e condimentos, óleos e gorduras, bebidas e alimentos preparados (IBGE, 2020).

Além disso, diversos outros aspectos podem estar relacionados à IA como idade, cor de pele, escolaridade, renda mensal (GUBERT; BENICIO; SANTOS, 2010; MAAS *et al.*, 2020; MARYAH *et al.*, 2020; MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020).

O estudo de Facchini *et al.* (2014), que buscou comparar a IA no Nordeste e Sul do Brasil, evidenciou que os domicílios das regiões Nordeste tiveram a cor de pele parda/mestiça como predominante (72,6%). Na região Sul, a expressiva maioria dos domicílios apresentava cor de pele branca (70%). No Nordeste, domicílios em que chefe de família referiu cor de pele parda/mestiça e preta apresentaram 1,18 e 1,50 vezes mais IAM ou IAG, respectivamente, do que os com cor de pele branca. Já na Região Sul, essas razões foram de 1,37 para a cor de pele parda/mestiça e 1,69 para a cor de pele preta (FACCHINI *et al.*, 2014).

Outro dado, no estudo de Santos *et al.* (2021) mostrou maior prevalência de IA entre os adultos com idade de 20-39 e 40-59 anos quando comparados aos idosos (≥ 60 anos). Da mesma forma, na pesquisa de Maas *et al.* (2020), mostrou que a menor probabilidade foi de pessoas acima de 70 anos (RP 0,63; IC95% 0,42;0,95), quando comparados ao valor de referência (18 a 29 anos).

No estudo de Souza *et al.* (2021) e Schott *et al.* (2020) investigaram a IA em domicílios, e mostraram que a IA esteve associada à menor escolaridade do chefe de família (menos de 8 anos de estudo). Similarmente, o estudo de Schott *et al.* (2020) sobre fatores associados à IA em domicílios da área urbana do estado de Tocantins avaliou 596 domicílios e também observou que a IAM e IAG estiveram associada com anos de estudo: chefes de família que estudaram menos de 4 anos tiveram 4,56 vezes (IC95% 2,31; 9,03) mais chance de ter IAM/ IAG quando comparados com aqueles que estudaram mais de 8 anos.

A baixa escolaridade contribui para persistência da pobreza nas futuras gerações, pois diz respeito às limitações que a falta de estudo trará, podendo tornar-se um adulto menos produtivo, devido à falta de oportunidades para potencializar seu desenvolvimento, ficando assim sujeito a maiores dificuldades para acessar melhores empregos e salários (SORDI; GONÇALVES, 2021).

O estudo de Schott e Eloise *et al.* (2020) mostrou relação positiva entre IA e a baixa renda per capita. Na pesquisa de Cabral *et al.* (2014), na medida que passaram os anos e a renda da família aumentou, observou-se a redução significativa do número de famílias em IAM e IAG.

No estudo de Panigassi *et al.* (2008), na cidade de Campinas, SP, investigou a proporção de chefes de famílias que não realizavam as refeições diariamente por categoria de SA e evidenciou que os maiores percentuais estavam naqueles com IAM/IAG, sendo que 19,6% não realizam café da manhã, 11,2 % não

realizavam almoço e 13,2% não faziam o jantar. Segundo análise de Preiss, Shneider e Coelho-de-Souza (2020) sobre impactos que a pobreza tem sobre a saúde, à dieta e IA no contexto socioeconômico, aqueles que vivem com privações de materiais e na exclusão social têm menos possibilidade de contar com recursos para lidar com sua saúde e estão expostos às más condições sanitárias.

Na POF 2017-2018 foi identificada a relação de domicílios, sendo vulneráveis a IA quando eram chefiados por mulheres e pessoas autodeclaradas cor preta ou parda e famílias numerosas (IBGE, 2020).

Dessa forma, faz-se necessário avaliar tanto a prevalência de IA quanto os fatores associados a ela, para que se possa direcionar as políticas públicas; permitindo a implantação de ações que incentive e assegure a promoção da alimentação adequada e saudável.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO

Os direitos humanos foram pactuados como direitos inerentes a toda pessoa por meio de um longo processo de lutas e conflitos entre grupos, especialmente entre aqueles detentores do poder e as majorias sem poder algum. Portanto, tudo o que se refere à promoção de direitos humanos está relacionado ao estabelecimento de limites e de regras para o exercício do poder, seja este público, seja privado, econômico, político ou mesmo religioso (VALENTE, 2002).

Os princípios que regem os direitos humanos são universais porque dedicam-se a todos os seres humanos, livre de julgamento e distinções relacionadas a sexo, orientação sexual, idade, origem étnica, cor de pele, religião, opção política, ideológica ou qualquer outra particularidade. São indivisíveis porque não se pode negar um pelo outro. Todos são importantes ao mesmo tempo: direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Eles são direitos intransferíveis, inegociáveis, indisponíveis e não podem ser cedidos por meios de condições. São interdependentes e inter-relacionados em sua realização, um requer a garantia do exercício dos demais (ONU, 1948).

O direito humano à alimentação adequada (DHAA) vem se desenvolvendo ao longo dos anos. Através da Declaração Universal dos Direitos Humanos foi estabelecido que era direito de toda pessoa ter um padrão de vida apropriado para si e de sua família, incluindo saúde, bem-estar, alimentação, vestuário e habitação (ARTIGO 25 § 1º, ONU, 1948).

A expressão “Direito Humano à Alimentação Adequada” tem origem no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1966, em vigência internacional desde 1976. Foi ratificado pelo Brasil em 1992 (BRASIL, 1992), que reafirmou esse conceito e acrescentou que todas as pessoas têm o direito “a uma melhoria contínua de suas condições de existência” (BRASIL, 1992; ARTIGO 11, § 1º, ONU, 1948).

O PIDESC também traz no artigo 11º, que é direito para si e sua família, ter um nível de vida adequado, com acesso a alimentação, vestimenta e moradia adequada, reconhecendo o direito que toda pessoa deve estar protegida contra

fome. Para que isso aconteça, deve-se criar programas que melhorem métodos de produção, conservação e distribuição de gêneros alimentícios, utilizando-se dos conhecimentos técnico e científico (BRASIL, 1992).

Os seres humanos precisam muito mais do que ter uma alimentação nutricionalmente equilibrada. Por isso, o DHAA não pode e nem deve ser interpretado com o sentido de atender as recomendações mínimas de energia e nutrientes. A alimentação para o ser humano deve ser percebida como ação de construção de pessoa bem nutrida, saudável, digna e cidadã. Assim, o termo “adequada” abrange vários aspectos que envolve a promoção da justiça social e econômica. Para exemplificar como a DHAA pode atuar de diferentes formas, dependendo da realidade de cada grupo ou povo, podemos elencar que a prática do DHAA em uma comunidade indígena não é igual à dos moradores de uma cidade. As comunidades indígenas necessitam de terra para plantar, coletar e caçar. Os moradores de um bairro necessitam de trabalho, renda e acesso à água. Situação diferente encontramos para as pessoas portadoras de necessidades alimentares especiais que carecem de acesso e informação sobre os alimentos adequados para sua necessidade. Em outra realidade, as pessoas que têm estabilidade financeira para comprar seus alimentos precisam de informação adequada para fazerem escolhas saudáveis e seguras (exemplo como rótulos confiáveis e de fácil entendimento). Grupos semelhantes podem ter ocasiões que requerem ações específicas para garantir seu direito (LEÃO; RECINE, 2011).

O papel da nutrição para a saúde no Sistema Único de Saúde é um projeto em constante construção, que se refere à proteção da saúde da população. Na II Conferência Nacional sobre SAN em 2004 (II CNSAN) surgiram as propostas para erradicação da fome e promoção da SAN. Foi adotado ações importantes que levaram a criação da Lei Orgânica da SAN e a emenda constitucional no artigo 6º da Constituição Federal, garantindo a alimentação adequada como direito básico. Também buscou-se aplicar uma política econômica com redistribuição de renda que beneficie o desenvolvimento e o crescimento econômico (II CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Para garantir o direito humano à alimentação, o Estado brasileiro, por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) estabelece como direito à alimentação o seguinte:

A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a SAN da população (BRASIL, 2006a, p. 1).

Através da emenda constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, é alterado o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social, passando a vigorar com a seguinte redação:

Art. 6º: São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2010b, p. 1).

Para alcançar o propósito da promoção da alimentação adequada e saudável, a PNAN, aprovada em 1999, traz, por meio de um conjunto de políticas públicas, ações que venham respeitar, proteger, promover e prover os direitos à saúde e a alimentação. Entende-se:

[...] por alimentação adequada e saudável a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 31).

2.2 HISTÓRICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A SAN no Brasil tem início de sua história contada em um período pré-SUS. Ainda no século XIX, na década de 30, com Brasil Colônia, sem ter um vínculo reconhecido como uma ação pública de alimentação e nutrição. Têm-se exemplos de controle sanitário pela fiscalização nos portos e embarcações de mercadorias e passageiros para que fossem evitadas epidemias e garantida a higiene e a inocuidade dos produtos alimentícios exportados do Brasil (JAIME *et al.*, 2018).

Na década de 1930, com governo Vargas, o movimento em busca de consolidação das Leis Trabalhistas levou para pauta governamental o tema alimentação e nutrição. Em 1938 foi aprovado o Decreto Lei nº. 399, que instituiu o

salário mínimo. Esta remuneração mínima deveria ser capaz de satisfazer as necessidades de alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte dos trabalhadores e de suas famílias (JAIME *et al.*, 2018).

Também no governo Vargas, no ano de 1939, foi criado o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) e a gestão foi transferida para o Ministério do Trabalho (SILVA, 1995).

Em 1945, foi criada a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), destinada ao estudo de todos os assuntos que se tratava da alimentação da população brasileira. Entre as atividades desta comissão estavam estudar e propor as normas da política nacional de alimentação, estudar o estado de nutrição e os hábitos alimentares da população, considerando o padrão de vida, pesquisas relacionadas a problemas de alimentação, trabalhar na correção de deficiência e estimular campanhas educativas (BRASIL, 1945).

O brasileiro Josué de Castro levou ao mundo sua obra 'Geografia da Fome', em 1946. Essa obra promoveu debates políticos e trouxe para discussão temas como a desigualdade social no Brasil, mostrando uma incômoda constatação que havia na sociedade brasileira alto índice de pessoas vivendo na miséria (VASCONCELOS, 2005). Castro foi muito admirado pela lucidez de explicar as questões sociais e políticas. Sua perspectiva buscou sinalizar que a fome e a miséria no país e no mundo eram frutos de uma sociedade desigual e injusta. Sua pesquisa, tornou-se um marco na história da ciência da Nutrição, colocando em pauta as bases científicas da alimentação racional para explicar alguns males sociais, com debates sobre fome e subalimentação (MONTEIRO *et al.*, 2009). Suas obras iniciaram um movimento internacional para a SA, o Fundo das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO). Este grupo de nações tem como objetivo criar ações estratégicas que busquem benefícios para gerações presentes e futuras, como erradicar a fome, a IA e a desnutrição, erradicar a pobreza, aumentar as oportunidades de emprego com progresso econômico e social, além de buscar formas sustentáveis para uso dos recursos naturais, incluindo a terra, a água, o ar e os recursos genéticos (FAO, 2015).

Para o Brasil, as pesquisas de Josué de Castro deram a base para construção de uma política de SA, com a finalidade de uma economia humanizada, em que a população teria um papel ativo na busca de estratégias de combate à desigualdade social e regional (MONTEIRO *et al.*, 2009; SILVA; NUNES, 2017). No

ano de 1952 foi elaborado e aprovado o 1º Plano Nacional de Alimentação e Nutrição, pela Comissão Nacional de Alimentação (CNA) (ORDONEZ; PAIVA, 2017). Nesse período, a desnutrição era considerada o problema de saúde pública prioritário do Brasil, sendo consequência do modelo econômico e social que denunciava a desigualdade de renda na população (BATISTA FILHO, 2003).

Em 31 de março de 1955, surge a Campanha de Merenda Escolar (CME), pelo decreto nº 37.106, vindo de movimentos sociais pela busca de merenda escolar, para fornecer alimentos a seus alunos, visto a importância da alimentação escolar para permanência dos estudantes e também, na diminuição da desnutrição infantil no país. No início a oferta não era contínua e não atendia todos os escolares, o alimento era ofertado por organizações internacionais através de doações, sem a participação do governo na compra dos alimentos. Nem todas as escolas recebiam estes alimentos. O governo federal começou a distribuir nas escolas que tinham maior índice de desnutrição no Nordeste. A base de alimentos doados era industrializada como farinha de trigo, leite em pó e soja, sem respeitar a cultura e os hábitos alimentares de cada região. A partir de 1960, o governo federal começou a comprar produtos brasileiros para a alimentação escolar. Porém, a aquisição continuou com mais de 50% de alimentos industrializados, principalmente como a farinha láctea e sopa industrializada, entre outros (BRASIL, 2006b).

Em 1962 foi criado, pelo governo federal, a Companhia Brasileira de Alimentação (COBAL). Essa estrutura estava relacionada com a operacionalização de políticas de produção, armazenagem e abastecimento. No ano de 1970, surge o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) que envolve oferta de alimentação no local de trabalho com preços subsidiados e educação alimentar para os trabalhadores e suas famílias. Em 1972 teve a extinção da CNA e criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) que tinha como objetivo assessorar o governo na elaboração de políticas de nutrição e alimentação (ORDONEZ; PAIVA, 2017).

Em 1973 é criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN I), definindo como alvo as gestantes, nutrizes e crianças até sete anos na população de baixa renda e os escolares de sete a quatorze anos. Contudo, teve o fim em 1974, prejudicado por dificuldades administrativas. Três anos depois, o PRONAN II traz o primeiro modelo de uma política nacional, apoiando a realização de pesquisas e capacitação de recursos humanos (SILVA, 1995), a atenção para a

utilização de alimentos básicos nos programas alimentares e apoio aos pequenos produtores rurais, a fim de melhorar suas rendas. Em 1981, o PRONAN III não foi aprovado e os programas do PRONAN II continuaram sendo executados (ORDONEZ; PAIVA, 2017).

Na construção desse crescente processo, o conceito de SAN surgiu em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. A I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (I CNAN) foi um desdobramento da VIII conferência Nacional de Saúde e propôs a criação de um Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CONSEA) e de um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, incorporando também o “acesso universal aos alimentos, o aspecto nutricional associado à disponibilidade e continuidade, ressaltando as questões relativas à composição, à qualidade e ao aproveitamento biológico” (VALENTE, 2002, p. 272).

Em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) que criou o SUS, trazendo como parte importante da vigilância em saúde, a vigilância alimentar e nutricional, proporcionando planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável e a regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS, apoiando os profissionais de saúde no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção. Contribuindo, também, com o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional no âmbito dos territórios. Neste ano também teve a criação da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB), com objetivo de fornecer assistência agropecuária e participar da formulação e execução de Políticas Públicas, contribuindo para harmonia do abastecimento e formação de renda do produtor rural (BRASIL, Lei nº 8.029, 1990). Dois anos depois, 1992, ocorreu o lançamento do Mapa da Fome, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), vindo a denunciar que 32 milhões de brasileiros não tinham renda para se alimentar. No ano seguinte, 1993, aconteceu a apresentação do Plano Nacional de Segurança Alimentar. Neste encontro foi criado e instalado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), formado por representantes do governo e da sociedade civil para engajar a construção de leis, planos e estruturas com vistas à implantação de um Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (NASCIMENTO, 2009).

Em 1994 aconteceu a realização da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSAN). Foi um marco, pois traçou um diagnóstico da fome do Brasil e propôs as bases para elaboração de uma Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Em 1997 ocorreu a extinção do INAN. Dois anos depois, em 1999, foi aprovada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), sendo um conjunto de políticas públicas que propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação (ORDONEZ; PAIVA, 2017).

O programa 'Fome Zero' surge em 2003, como compromisso de combate radicalmente da fome e miséria, para que os brasileiros pudessem se alimentar com dignidade. Foi um marco porque criou e fortaleceu políticas públicas direcionadas a melhoria das condições sociais da população, principalmente daqueles grupos mais vulneráveis. A estratégia foi organizada em quatro eixos, que eram: acesso aos alimentos, fortalecimento da agricultura familiar, geração de renda, articulação, mobilização e controle social. Na história do Brasil podemos dizer que o 'Fome Zero' também foi:

[...] Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf) e o seu complementar, o Programa Nacional de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA). O Bolsa família para distribuição de renda. É o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), a criação dos Restaurantes Populares e as cozinhas comunitárias. Engloba, também, a construção de cisternas de captação de água da chuva nas regiões do semiárido. Do Fome Zero faz parte, ainda, a iniciativa de estabelecer as bases para uma legislação específica para o setor que preserve e permita ampliar as conquistas. Essa é a importância da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), promulgada no ano do centenário de Josué de Castro e que instituiu o SISAN (BRASIL, 2010a, p. 11).

Dentre outras atividades e programas, em 2004, na II CONSAN, é criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS), sendo responsável pelas políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda de cidadania. Em 2006, ocorreu a sanção da Lei nº 11.346/2006 - LOSAN, que cria o SISAN. A LOSAN assegura a alimentação adequada como direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público adotar políticas e ações que garantam a SAN da população definindo-a como:

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, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006a, p. 4).

Em 2009, ocorreu a aprovação da Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, que atualizou e regulou o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola. Entre as diretrizes da Lei, destacam-se o emprego da alimentação saudável e adequada, respeitando a cultura, as tradições e os hábitos saudáveis, a inclusão da educação alimentar e nutricional no processo de ensino e aprendizagem, o direito à alimentação escolar, visando garantir a SAN e o Apoio ao desenvolvimento sustentável. Essa lei também garante a destinação de, no mínimo, 30% (trinta por cento) do total dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), para aquisição de gêneros alimentícios da agricultura familiar local (BRASIL, 2009).

Como pode-se identificar no contexto histórico, o termo SA inicialmente foi relacionado com a perspectiva de soberania alimentar, com a capacidade agrícola do país de produzir alimentos suficientes para sua população e manter estoques mínimos para situações de calamidades (LEÃO, 2013). Este conceito foi fortemente aplicado na primeira metade do século passado, no pós-guerra, onde os países devastados, principalmente aqueles localizados no continente Europeu, necessitavam garantir a alimentação de sua população (VALENTE, 2002).

A criação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) no Brasil se deu pelo decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Ela é compreendida como um ápice para consolidação da SAN e sua implementação é organizada a partir do SISAN. O SISAN é um sistema público, instituído pela LOSAN, de gestão intersetorial e participativa, que possibilita a articulação entre os três níveis de governo para a implementação e execução da Política de Segurança Alimentar e Nutricional (JAIME, 2018; MDS, 2020).

Desde 2003, o Governo Federal vem assumindo acordos, com objetivo de diminuir a fome e à miséria no país. Esse olhar ajudou na construção da agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) construída com a participação da sociedade civil, setor público e privado. Foram definidos os termos legais e institucionais como a concepção do SISAN, o retorno do CONSEA, a instalação da

Câmara Inter setorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), bem como a estruturação do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010c).

Atualmente, a SAN une diversos aspectos que podem ser organizados em duas partes principais: o elemento alimentar, que é pertinente ao cultivo, disponibilidade, comercialização e acesso a alimentos saudáveis; e o elemento nutricional, que vai tratar de práticas alimentares, ingestão e o fim biológico dos alimentos em todas as etapas do ciclo de vida. Deste modo, pode-se dizer que a SAN trata do acesso a alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis e direitos humanos. Para chegar num estado nutricional adequado é importante destacar a importância de assegurar as condições essenciais como moradia, saneamento básico, acesso a serviços de saúde e educação (BRASIL, 2014a; BARBOSA *et al.*, 2020).

Os fatores individuais, como por exemplo necessidades fisiológicas ou nutricionais, relacionados ao ambiente, determinam a situação de SAN (CARDOZO *et al.*, 2020). Condições ambientais como acesso, disponibilidade e preço dos alimentos interferem nas escolhas alimentares do homem e estão diretamente relacionadas ao maior poder de escolha sobre os alimentos ultra processados e, conseqüentemente, redução do consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados (MAAS *et al.*, 2020).

As políticas de SAN no Brasil tiveram sua trajetória marcada pela presença da sociedade civil e as organizações de controle social. Uma voz que se apresenta na defesa do fortalecimento de programas estratégicos, como o PNAE, PAA e de Equipamentos Públicos como bancos de alimentos e restaurantes populares, com vista à garantia do DHAA (BRASIL, 2004; ALVES; JAIME, 2014; JAIME *et al.*, 2018; SORDI, 2019).

2.3 MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DA (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR

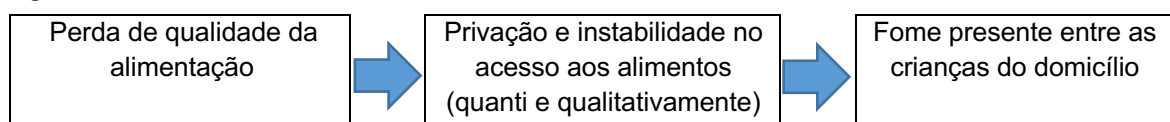
A SAN incide no cumprimento do direito de todos ao acesso suficiente e constante a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente. Também deve garantir o acesso a outras obrigações, como princípio de práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a variedade cultural, ambiental, econômica e sejam socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

A busca de determinantes responsáveis pela geração de padrões inadequados de alimentação e, conseqüentemente, de nutrição e saúde das pessoas é uma tarefa construída pelos governos, sociedade e diálogo entre países (FAO, 1993).

Nos Estados Unidos da América, na década de 1990, foi elaborado, pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), o primeiro instrumento apropriado para dar uma extensão à IA. Este instrumento foi desenvolvido com uma escala de 18 itens que permitiu abranger todos os níveis de severidade da IA observados nos domicílios com e sem crianças (BICKEL *et al.*, 2000).

O indicador Cornell foi desenvolvido pela Universidade Cornell, Nova Iorque, nos Estados Unidos, em uma pesquisa qualitativa e quantitativa, com pessoas que já haviam vivenciado a fome. Com base nos relatos de experiência de vida foi realizado um estudo quantitativo. Advindas da pesquisa qualitativa viu-se que a fome aparece como um fenômeno tanto físico quanto psicológico e social para o indivíduo quanto para o coletivo. Ao final do estudo ficou claro que a IA é um processo progressivo, gerenciado por meio de estratégias individuais e coletiva, sendo que, no geral, primeiro os adultos começam a pular refeições ou diminuir porções de alimentos e depois as crianças começam a passar por essa experiência (RADIMER *et al.*, 1992).

Figura 1 - Processo de IA e fome no nível individual e coletivo



Fonte: Radimer *et al.* (1992).

A escala sugerida por Radimer *et al.* (1992) vem sendo usada em diferentes nações para dimensionar a extensão da IA. No Brasil, a escala foi adaptada e validada em um esforço que reuniu cinco instituições de pesquisa e vem sendo utilizada em estudos para o Ministério da Saúde, estudos de PNAD, pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE), Ministério de Desenvolvimento (MDS) e FAO.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) foi validada inicialmente com 15 perguntas, cada uma com quatro opções de frequência, com estrutura, conceitos e linguagem consideradas de fácil compreensão para realidade

brasileira. Após utilização das PNAD 2004 e PNDS 2006, a escala passou a ter 14 questões, com objetivo de aprimorar a escala para realidade nutricional do Brasil e simplificar seu conteúdo (BRASIL, 2014). As perguntas podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1 - Perguntas utilizadas na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Escala EBIA
1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

Fonte: Brasil (2014).

As escalas possibilitam análise direta da situação de SAN, e categorizam a gravidade da insegurança, que pode evoluir do grau mais leve (ausência da fome) até de maior gravidade, chegando a estado de fome (Quadro 1). Esses diferentes estados de IA comprometem os aspectos físicos e psicológicos do ser humano (WOLFE; FRONGILLO, 2001).

Quadro 1 - Descrição dos graus de IA

Situação de segurança alimentar	Descrição
Segurança Alimentar	A Família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Leve	Preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança Alimentar Moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança Alimentar Grave	Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: Brasil - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2010).

A EBIA é uma escala psicométrica, com 14 perguntas fechadas, referente aos últimos três meses, que avalia a percepção da SA intrafamiliar em relação ao acesso aos alimentos, além de identificar os grupos vulneráveis à violação do direito humano à alimentação adequada. A situação de SA da família é classificada em quatro níveis conforme pontuação a seguir: a) para domicílios com menores de 18 anos: SA: 0 pontos; IA leve: 1 a 5 pontos; IA moderada: 6 a 9 pontos; IA grave: 10 a 14 pontos; b) para domicílios sem menores de 18 anos: SA: 0 pontos; IA leve: 1 a 3 pontos; IA moderada: 4 a 5 pontos; IA grave: 6 a 8 pontos (Tabela 2) (MARAIS; LOPES; PRIORE, 2020).

Tabela 2 - Pontuação para classificação dos domicílios, com e sem menores de 18 anos de idade, segundo a situação de IA

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

Fonte: Brasil - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2010).

O Brasil possui adaptação da escala EBIA, validada para população e com ampla utilização. Os estudos mostraram que os parâmetros de sensibilidade, especificidade e acurácia garantem os resultados obtidos em pesquisas que também usam modelos com 7 questões e 5 questões, além de serem bons para

pesquisas que possuem limitação de tempo e recursos financeiros, porém não capta os níveis de IA (SANTOS *et al.*, 2014).

Na avaliação da escala, o tempo de referência para responder compreende um período de 3 meses anterior a pesquisa. Na EBIA reduzida, com 7 questões, é classificada como SA quando a soma dos pontos for igual a zero. As respostas que atingirem um somatório de 1 a 7 são classificadas como IA. Para o questionário com 5 perguntas, a classificação de Segurança Alimentar é dada quando a resposta for igual a zero e de IA quando as respostas forem de 1 a 5 (SANTOS *et al.*, 2014a).

Através da aplicação da EBIA conseguimos averiguar indicadores socioeconômicos e demográficos, além de fatores que indicam condições de vida inadequadas. A busca de respostas com a EBIA vai além do interesse em saber sobre a disponibilidade calórica. É também investigar como uma população pode contribuir na construção de políticas e estratégias para suprir as necessidades dos indivíduos. A EBIA quando aplicada dentro da região e/ou comunidade, com olhar amplo para os grupos e para os constituintes familiares podem revelar a insuficiência de um ou mais fatores que impossibilitem o acesso adequado e igualitário aos alimentos/nutrientes, necessários para atender as recomendações nutricionais. As distrofias nutricionais, fome oculta, pessoas subnutridas estão cada vez mais presente na sociedade moderna e através da escala da EBIA é possível saber a prevalência da IA (MARAES *et al.*, 2020).

Atuar sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) de forma coletiva provoca melhorias nas condições de vida, no combate a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, e contribui para medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (WHO, 2011, p.1).

A investigação da IA no Brasil teve início com a regulamentação da LOSAN, por meio do Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010, onde instituiu-se a Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) que estabelece, dentre as diretrizes que deverão nortear a elaboração do PNSAN, o monitoramento do cumprimento do direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2010c). Estes controles são constituídos por instrumentos e metodologias capazes de aferir a realização progressiva deste direito, a realização contínua de pesquisas amostrais de base populacional relativas ao diagnóstico da SAN no País (BRASIL, 2010b, art.

21, § 2º), tais como os dos levantamentos oficiais realizados pelo IBGE, a exemplo das Pesquisas de Orçamentos Familiares - POF e do PNAD. Estas pesquisas são bons exemplos de indicadores disponibilizados nos sistemas de informação existentes (BRASIL. DECRETO Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010).

A EBIA é usada como um instrumento capaz de identificar os grupos populacionais mais vulneráveis à violação do direito humano à alimentação adequada” e apontar as desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero associadas, por atender à determinação do § 6º do art. 21 do Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010 (CORREA, 2007; IBGE, 2014a).

As políticas públicas são importantes para que haja a garantia, proteção e efetivação da alimentação e evitem situações que levem a IA. As ações demonstram que quando há um processo progressivo e constante sendo gerenciado pelo coletivo na busca de indivíduos saudáveis é possível que os agravos à saúde (como anemia, desnutrição, hipovitaminoses, obesidade, diabetes, hipertensão, síndromes metabólicas, entre outras) deixem de existir. Ao passo que a falta destas políticas leva ao aumento da violência doméstica e comunitária, dos transtornos mentais, ao fortalecimento da construção de uma estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente, aos preços abusivos dos bens essenciais e à imposição de padrões alimentares que não respeitam a diversidade cultural (FAO, 2016).

2.4 MAGNITUDE DE INSEGURANÇA ALIMENTAR NO BRASIL

Na década de 40, através do sanitarista Josué de Castro, surgiram no Brasil em pauta política debates sobre as desigualdades sociais, vinculadas a fatores geográficos, econômicos e sociais que levavam à SAN da população. As condições de SAN da população começaram a ser investigadas nos anos 2000 com ações de combate à fome e à miséria (GUBERT; BENICIO; SANTOS, 2010).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 2006) investigou pela primeira vez a SA por meio da aplicação da EBIA. Este estudo mostrou que o acesso aos alimentos era desigual, em relação as variáveis: regiões do país; situação urbano-rural; a escolaridade do responsável da família e a cor da mulher entrevistada. O resultado mostrou que a SA estava presente em 62% dos domicílios pesquisados. A região Sul tinha 75% dos

domicílios em SA e 45% na região Nordeste. Quando observada a prevalência de IA grave das regiões, o Sul tinha 4,8% dos domicílios com restrição quantitativa importante, com prevalências mais altas, no Norte (13%) e Nordeste (7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Números da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2004), indicaram que os 65,1% dos domicílios privados brasileiros estavam em posição de SA. Na pesquisa de 2009 esse percentual passou para 69,8%. Em 2013, 77,4% dos domicílios brasileiros estavam em posição de SA, sendo esta prevalência maior do que nos outros anos. Em 2013, a IA alcançou 22,6% da população, representando 14,7 milhões de domicílios privados, sendo que as regiões Norte e Nordeste apresentaram situações mais preocupantes, com prevalências de 36,1% e 38,1%, respectivamente (IBGE, 2014a).

A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2017-2018 recebeu novo questionário de avaliação das condições de vida (POF6). Foram aplicadas as mesmas questões da PNAD 2013 sobre a EBIA. Os resultados publicados em 2020 trazem dados sobre a SA nos domicílios brasileiros na área urbana e rural. Esse novo conjunto de resultados possibilita análises, conferência da situação da SA presente no domicílio, junto com as características dos orçamentos domésticos. Este novo horizonte possibilitará maior avaliação e monitoramento da SAN (IBGE, 2020).

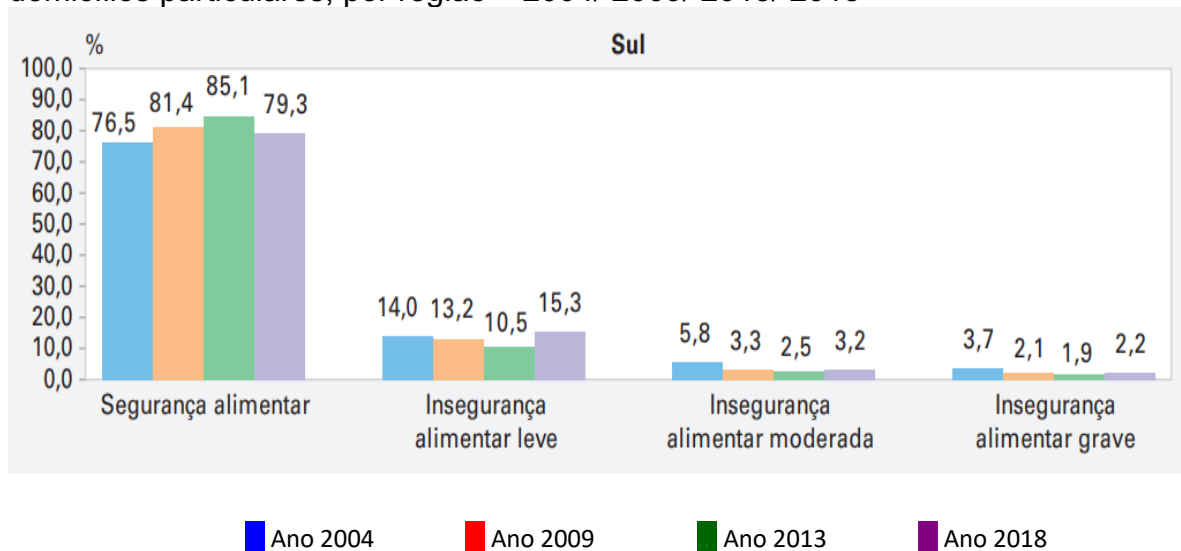
Dados da POF de 2017-2018 no Brasil mostrou que 63,3% dos domicílios particulares encontram-se em situação de SA. A proporção de domicílios em IA leve foi de 24,0%, IA moderada em 8,1% e 4,6% em IA grave. É possível afirmar, com base nos resultados desta pesquisa, que cerca de 3,1 milhões de domicílios tiveram algum momento de privação quantitativa de alimentos nos últimos três meses, atingindo adultos, crianças e adolescentes. Portanto, houve ruptura nos moldes de alimentação e a fome permaneceu presente nesses ambientes (IBGE, 2020).

Ainda com base nos resultados obtidos pela POF 2017-2018, a SA nos domicílios brasileiros está em menor percentual na região Norte e Nordeste (43,0% e 49,7%, respectivamente). Nas outras regiões do Brasil, este percentual de SA aparece com proporcionais maiores, sendo encontrado na região Centro - Oeste (64,8%), Sudeste (68,8%) e Sul (79,3%). Quando analisada a IA grave entre as regiões, observa-se que a região Sul apresenta 2,2%, enquanto a Norte tem 10,2%. A região norte tem 5 vezes mais domicílios vivendo com a restrição rigorosa de

acesso aos alimentos, quando comparada com a região Sul. Esses elementos mostram que as desigualdades regionais de acesso aos alimentos apuradas nas PNADs de 2004, 2009 e 2013 permanecem presentes na POF 2017-2018 (IBGE, 2020).

Estudos realizados no Brasil pela PNAD nos anos de 2004, 2009, 2013 mostraram uma evolução crescente na prevalência de SA em domicílios particulares, em situação urbana. Porém, essa perspectiva mudou na última análise, chegando aos 64,9%, menor resultado desde 2004 (66,7%). Na região Sul a prevalência de SA teve variações, passou de um padrão crescente de 76,5% (2004), 81,4% (2009), 85,1% (2013) para 79,3% em 2018 (Figura 2) (IBGE, 2020).

Figura 2 - Prevalência de segurança alimentar e IA leve, moderada e grave nos domicílios particulares, por região – 2004/ 2009/ 2013/ 2018



Fonte: IBGE (2020). POF (2017-2018). Análise da segurança alimentar no Brasil.

No estudo de Gubert, Benicio e Santos (2010), realizado para estimar a prevalência de IA grave para os municípios brasileiros, com base na PNAD 2004, verificou-se que, entre as cinco regiões brasileiras, a região sul foi aquela que se encontrou em situação mais favorável. A maioria dos municípios dos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul apresenta uma situação de IA grave baixa. Na ocasião encontrou-se apenas 10% dos municípios com prevalência consideradas altas. O estado de Santa Catarina destacou-se por ter a melhor situação, sendo que 95,6% de seus municípios têm baixas prevalências de IA grave e nenhum classificado como prevalência alta ou muito alta.

2.5 MÁ NUTRIÇÃO E INSEGURANÇA ALIMENTAR

Nas últimas décadas, o Brasil experimentou mudanças sociais que alteraram o padrão de consumo alimentar, nutrição e saúde. A transição nutricional está relacionada com aumento da expectativa de vida, de mudanças nos padrões demográfico, socioeconômico, ambiental, agrícola e de saúde, envolvendo fatores como aumento da urbanização, crescimento econômico, distribuição de renda, incorporação de tecnologias e mudanças culturais (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2007).

A transição epidemiológica ocorreu, sobretudo, a partir da década de 1960, onde o perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas muda para o cenário que predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas. Essa transição ocorreu devido, principalmente, a implementação de medidas sanitárias básicas e dos avanços médicos como a introdução dos antibióticos (FONSECA, 2015).

Para Valente (2003), o conceito de fome apresenta um significado que compreende desde a sensação fisiológica ligada à vontade de comer, até as formas mais graves associadas à pobreza e à exclusão social, ou seja, a violação dos direitos do ser humano à alimentação.

A má nutrição, como conceito amplo e abrangente, engloba tanto a desnutrição ocasionada por carências nutricionais, como pode ser também um desequilíbrio pela ingestão excessiva ou desbalanceada de nutrientes, ocasionando a obesidade, dislipidemias e outras doenças crônicas (VALENTE, 2003).

No estudo de Batista Filho e Rissin (2003) é apresentado a análise da transição nutricional do Brasil através do estudo comparativo realizados em nível nacional, pelo uso de dados do Estudo Nacional de Despesas Familiares de 1974/1975 (ENDEF), da Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989 (PNSN) e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 (PNDS). Neste estudo foi possível verificar um declínio na prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos e mulheres com idade de 18 a 49 anos. Este declínio foi mais rápido com as crianças no meio urbano da região centro-sul (Sudeste, Sul, Centro-oeste) com declínio de 20,5% em 1975 para 7,5% em 1996.

Ao mesmo tempo que declinou a ocorrência de desnutrição em crianças e adultos, aumentou a prevalência de sobrepeso e obesidade na população

brasileira. Nas últimas três décadas a frequência de obesidade em adultos triplicou no Nordeste e duplicou no Sudeste, havendo evidências de que a obesidade está presente com mais representatividade nas classes com renda mais baixa (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019). Situação que muda nos domicílios com renda mais elevada, por estes terem mais recurso para prática de atividade física e escolhas alimentares adequada (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

As alterações achadas nos indicadores do estado nutricional da população brasileira aconteceram por mudanças no padrão de vida como a diminuição da natalidade, melhoria do saneamento básico, ajuda e tratamento contra doenças infecciosas e a vigilância de doenças que podem ser prevenidas com a vacinação. Fatores como o aumento do nível de escolaridade das mães, as modificações nos padrões de nutrição, consumo alimentar, atividade física e o acesso as ações básicas de saúde, principalmente nas aglomerações urbanas (BENÍCIO; MONTEIRO; ROSA, 2000; CARVALHAES, 1999; MONTEIRO *et al.*, 2000).

A redução da mortalidade infantil e da desnutrição no grupo materno-infantil não conseguiu evitar, que as crianças tenham ainda que passar por problemas de carências nutricionais no período intrauterino, que têm como consequências o Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU) e o Baixo Peso ao Nascer (BPN), maiores riscos de infecções e déficits nutricionais na infância (MONTEIRO *et al.*, 2009).

A anemia por carência de ferro, ou ferropriva, ocorre quando a ingestão de ferro não é suficiente para manter as necessidades normais do organismo. Os casos de perdas anormais acontecem em decorrência de diarreias intensas, parasitoses intestinais e em mulheres durante a gravidez, o parto, ou menstruações abundantes. Nas crianças menores de 02 anos, uma alimentação pobre em termos de consumo das fontes desse nutriente, é um dos determinantes da anemia, associado ao abandono precoce do aleitamento materno e à transição inadequada para alimentos complementares (MONTEIRO *et al.*, 2000).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) realizado em 2019, pelo Ministério da Saúde e parceria com Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mostra que a prevalência de anemia em crianças brasileiras de até 05 anos de idade foi reduzida pela metade nos últimos 13 anos. A doença recuou de 20,9% em 2006 para 10% em 2019 (BRASIL, 2020).

Os estudos realizados no Brasil, deste 1997, mostram que a IA vem diminuindo progressivamente, apontando ações adequadas dentro do plano de política de SAN. Porém, o perfil alimentar da população brasileira está em transição (IBGE, 2020). Nas duas últimas décadas, os brasileiros apresentaram um perfil de consumo com quantidade de calorias ingeridas, muito mais alta do que preconiza as recomendações internacionais (IBGE, 2020). Apresentam também quantidade inadequada do consumo de nutrientes como cálcio, ferro, vitamina A e vitamina B12. Nas grandes cidades foi identificado alto consumo de alimentos altamente energético, como biscoitos e refrigerantes, ricos em açúcares e gorduras. Também se verificou alto consumo de refeições prontas, de alimentos ultra processados com ingredientes de baixo valor nutricional, tais como: gorduras, óleos, açúcares e sal; baixo consumo de frutas, verduras, legumes e oleaginosas, e redução do consumo de arroz, feijão, farinha de trigo, farinha de mandioca e leite (IBGE, 2020).

A POF 2008-2009 indicou uma tendência na redução da ingestão de alimentos tradicionais tais como arroz, feijão e tubérculos, ao mesmo tempo em que há um crescente consumo de alimentos processados, como biscoitos (400%), refrigerante (400%), refeições prontas (82%) e embutidos (300%). Esta situação traz consigo altos teores de gordura, sal e açúcar simples, nas escolhas alimentares da população brasileira. Para ingestão de frutas e hortaliças, o percentual de consumo, continuou constante entre as POF de 2002-2003 e POF 2008-2009, 3 a 4% do valor energético total (VET), respectivamente. Porém, esse percentual fica abaixo das recomendações da OMS, cuja recomendação é de aproximadamente 12% do VET (IBGE, 2006; IBGE, 2010).

Segundo IBGE (2010), o sobrepeso e obesidade ganha atenção de forma alarmante entre crianças e adolescentes brasileiros. O excesso de peso atingiu 33,5%, e a obesidade 14,3% das crianças de 05 a 09 anos, ambos com maior prevalência no sudeste, centro-oeste e sul do país. Os dados da POF 2008 e 2009 revelam que o excesso de peso continua aumentando nessa faixa etária (20,5%), atingindo 21,5% dos meninos e 19,4% das meninas.

Através de uma análise das prevalências de excesso de peso e de obesidade aferidas ao longo de três pesquisas realizada no Brasil (POF em 2002-2003, POF em 2008-2009 e PNS 2013), observa-se um aumento das prevalências tanto para os homens quanto para as mulheres. Para os homens, a prevalência de excesso de peso aumentou de 42,4%, medido na POF 2002-2003, para 56,5%, na

PNS 2013, e a obesidade, de 9,3 para 16,8%, nas respectivas pesquisas. No caso das mulheres, esse aumento foi mais relevante, com o excesso de peso passando de 42,1%, na POF 2002-2003, para 58,9%, na PNS 2013, e a obesidade, de 14,0 para 24,4%, nas respectivas pesquisas (IBGE, 2015). O fato é preocupante e importante problema de saúde pública (BENÍCIO; MONTEIRO; ROSA, 2000).

Na POF 2017-2018, notou-se que o *per capita* de compras anual das famílias que estavam em IA, tiveram uma tendência de redução na maioria dos grupos de alimentos selecionados para pesquisa, quando comparadas com a aquisição de domicílios classificados em SA. Assim, observou-se que quanto maior a gravidade da IA, menor foi a aquisição de hortaliças, frutas, panificados, carnes, aves e ovos, laticínios, açúcares, doces e produtos de confeitaria, sais e condimentos, óleos e gorduras, bebidas e infusões, alimentos preparados e misturas industriais. Para famílias em IA, notou-se que o aumento da severidade da IA nos domicílios diminuiu expressivamente a aquisição de grupos como os cereais e leguminosas, as farinhas, féculas e massas, e os pescados (IBGE, 2020).

Todos os parâmetros individuais e coletivos existentes são importantes para orientar e elaborar políticas, programas públicos capazes de promover o desenvolvimento sustentável, tendo aplicação na vida das pessoas, para que haja redução das desigualdades sociais, econômicas e a erradicação da fome (ONU, 2015).

2.6 INDICADORES SOCIAIS ASSOCIADOS À (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR FAMILIAR

No ano de 2000, foi realizado em Nova York, a Cúpula do Milênio das Nações Unidas onde foram traçados oito Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2000). As propostas se concentraram na redução da pobreza, na melhoria do acesso à saúde e ao saneamento básico, além da redução das desigualdades de gênero. Segundo dados da ONU (2015), mais de 700 milhões de pessoas em todo mundo saíram da situação de pobreza. Tais objetivos foram reconfigurados na nova agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, realizada em 2015, pela ONU em Nova York. Nesta agenda, foram incluídos 17 objetivos para alcançar o desenvolvimento sustentável traçados até 2030, como a erradicação da pobreza extrema, fome zero e agricultura sustentável, a melhoria da saúde e bem-

estar, trabalho descente e crescimento econômico e a proteção do meio ambiente (ONU, 2015).

As desigualdades econômicas, de gênero, de classes, as raciais, as regionais e outras são importantes no estudo, pois a SA é fruto de relações políticas, sociais e culturais (FREY, 2000). No Brasil, a família tem sido o foco para a aplicação de determinados programas sociais, pois ela é um potencializador das ações governamentais, e capaz de maximizar recursos (SEGALL-CORREA *et al.*, 2008). A POF 2017-2018 revela que o sexo da pessoa de referência do domicílio tem forte relação com o acesso aos alimentos. Assim, nos domicílios classificados como em situação de SA, 61,4% deles, tem os homens como pessoa de referência, e apenas 38,8% mulheres. A IA tem grave associação com chefe de família. Os resultados trazidos pela POF 2017-2018 mostraram que a IA moderada ou grave foi maior naqueles domicílios onde a pessoa de referência era a mulher, alcançando a proporção de 15,3%. Para os domicílios onde a pessoa de referência era um homem, a proporção observada foi de 10,8% (IBGE, 2020).

O Brasil é um dos países com maior desigualdade social, com uma população de 211,8 milhões, tendo 6,5% de pessoas vivendo em extrema pobreza, com uma renda per capita de R\$ 1438,00, conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2020) e da Fundação João Pinheiro (PNUD, 2020a). Apesar da sua classificação no grupo de nações com alto Índice de Desenvolvimento Humano, mensurado pelo IDH (IDH alto = 0.765 em 2020), o país não consegue reduzir essas disparidades. Quando a avaliação é feita considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que considera o trabalho e a renda, as diferenças são ainda mais acentuadas (IBGE, 2020).

O estado de Santa Catarina ocupa a terceira posição na classificação territorial, com IDHM de 0,808. Entre os municípios do Brasil, Criciúma - SC, ocupa 37º posição, com IDHM de 0.788, variando as posições como muito alto para renda (IDHM de 0.846 - posição 49º) e alto para educação (IDHM de 0.737 - posição 40º) e Longevidade (0.786 - posição 52º), segundo Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, em 2020 (PNUD, 2020a) (Tabela 3).

Tabela 3 - Ranking Índice de Desenvolvimento Humano por Município no Brasil em 2010

Territorialidade	Posição IDHM	IDHM	Posição IDHM Renda	IDHM Renda	Posição IDHM Educação	IDHM Educação	Posição IDHM longevidade	IDHM Longevidade
Criciúma (SC)	37°	0.788	49°	0.846	40°	0.737	52°	0.786

Fontes: Dados do IBGE. Elaboração: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2020).

Como monitoramento do desenvolvimento no Brasil, pode-se destacar os diversos estudos que demonstram a relação entre IA e renda, condições de moradia e saneamento. O Banco Mundial estima que cerca de 2 a 3% da perda do Produto Interno Bruto (PIB) de um país deve-se a má nutrição (FAO, 2020). A relação entre alimentação e o desenvolvimento humano é proporcional à redução da pobreza e ascensão econômica. Isto se deve ao fato de que a pessoa que manteve bom estado nutricional desde a infância terá maior capacidade cognitiva e física, e, portanto, conseguirá avançar economicamente e romper as barreiras da pobreza (ALBUQUERQUE, 2009; FAO, 2020; HELLEBRANDT; ALLISON; DELAPORTE, 2014).

Segundo Kepple (2010), os determinantes de SAN podem ser organizados em quatro dimensões: disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade do alimento. Estes quatro fatores interdependentes envolvem um conjunto que se expressam em três níveis sócio organizacionais, que são: macro, meso e micro. Através do quadro conseguimos verificar a aplicação com as etapas de disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade (Quadro 2).

Quadro 2 - Determinantes de SAN por níveis sócio-organizacionais

Nível	Disponibilidade	Acesso	Utilização	Estabilidade
Macro (econômicos): Sistema político-econômico mundial e nacional	Políticas agrícolas – incentivo e subsídios	Apoio à agricultura familiar	Políticas nacionais de saneamento básico e vigilância sanitária	Mecanismos internacionais e nacionais para manter a estabilidade econômica
	Competição com atividades agrícolas não alimentares	Políticas econômicas, sociais e assistenciais	Política de educação alimentar e nutricional	Leis trabalhistas
	Preços no mercado internacional	Preços internos	Política de saúde	Sustentabilidade social, econômica e ambiental de políticas
Meso (regionais e locais): Fatores e riscos sociais que a família está submetida (Preço do alimento x outras necessidades; Falta de programas sociais na região; Racismo; Educação; Mercado de trabalho; cultura alimentar; saneamento básico e vigilância sanitária).	Desastres ambientais e guerras	Empregos e salários	Saneamento básico e vigilância sanitária	Crescimento do mercado de emprego formal
	Produção local	Preços dos alimentos e de outras necessidades básicas	Disponibilidade de serviços de saúde	Disponibilidade de creche
		Disponibilidade e acessibilidade de programas sociais	Educação alimentar e nutricional	Variabilidade climática Flutuações de preço
	Micro (domiciliares): Fatores que se referem a escolaridade; perfil demográfico, raça/cor, saúde, acesso a serviços e ações de educação alimentar e nutricional, renda, número de crianças no domicílio, participação programa social e à rede social de apoio da família.	Proximidade aos pontos de abastecimento e venda de alimentos	Renda/ estabilidade financeira	Saúde dos moradores
Inserção numa rede social			Práticas de higiene	Seguro-desemprego
Produção para autoconsumo		Participação em programas assistenciais	Acesso a saneamento básico e água potável Educação alimentar e nutricional	Capacidade de armazenar alimentos Vagas em creches

Fonte: Reprodução Brasil. Ministério da Saúde. Educação Alimentar e Nutricional no Programa Bolsa Família (2014, p.32-33).

No Brasil, pode-se citar algumas ações relacionadas à SAN, tais como: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Bolsa Família (PBF), Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), PNAE, Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), PAA, Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semiárido (Conviver), Programa de Assistência Jurídica Integral e Gratuita, Programa Luz para Todos e vários outros.

Essas iniciativas e programas utilizam recursos públicos para garantir os direitos dos cidadãos (BRASIL, s/d).

Segundo Leão e Recine (2011), todas as pessoas, de todas as sociedades, e não apenas aquelas que não tem acesso aos alimentos precisam receber atenção para realização do DHAA, pois os determinantes da SA para promoção e plena realização envolve elementos de justiça social e econômica. As dimensões que determinam a SA estão ligadas e dependem de ações voltadas para o respeito a diversidade, ações que gerem qualidade sanitária, a adequação nutricional em todas as fases do desenvolvimento humano, alimento livre de contaminantes como agrotóxicos e organismos geneticamente modificados, o acesso aos recursos financeiros ou recursos naturais, como terra e água, a valorização da cultura alimentar nacional e regional, acesso à informação e ao conjunto, e que assim, consigam alcançar a realização de outros direitos (SOUZA, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

Dados brasileiros mostram que mais de um terço (36,7%) dos domicílios particulares encontram-se em situação de IA. Nos últimos 5 anos, o Brasil retroagiu 15 anos no caminho da IA chegando a valores inferiores aos encontrados em 2004 (IBGE, 2020).

A má nutrição, como conceito amplo e abrangente, engloba tanto a desnutrição ocasionada por carências nutricionais, resultando em perda no desenvolvimento físico e mental, como também, um desequilíbrio pela ingestão excessiva ou desbalanceada de nutrientes, ocasionando a obesidade, dislipidemias e outras doenças crônicas (VALENTE, 2003).

É preciso garantir o direito de todos, ao acesso constante e suficiente à alimentos de qualidade e quantidade. No Brasil, as políticas públicas direcionam o aumento ou a redução da capacidade das famílias de ter acesso aos alimentos (SEGALL-CORREA *et al.*, 2008).

Estudar e refletir sobre este tema, permitirá aplicar na atenção básica de saúde um instrumento que identifique o grau de insegurança alimentar das famílias, encontrar formas de prevenir carências nutricionais, analisar a variabilidade dos alimentos, saber se estão em boa qualidade nutricional e seguros, contribuindo com a redução da fome e a prevenção das doenças crônicas. Além disso, será possível incentivar e favorecer o desenvolvimento da agricultura familiar rural, fortalecer a participação dos profissionais da nutrição nos conselhos municipais, desenvolver programas sociais em ações de educação alimentar aproximando os usuários aos serviços de saúde na comunidade em que vivem.

Desta forma, este estudo se propõe a verificar a prevalência da IA por se tratar de um problema de saúde pública. Considerando que as causas que originam a IA podem ser diversas e impactam o cenário de saúde coletiva, compreender a IA e seus fatores relacionados na cidade de Criciúma-SC permitirá desenvolver ferramentas na luta contra a IA e direcionar as políticas públicas para promover o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a prevalência de IA e seus fatores associados em domicílios do município de Criciúma-SC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever a prevalência de IA em Criciúma-SC;
- ✓ Avaliar os graus de IA;
- ✓ Analisar os fatores sociodemográficos relacionados à IA.

5 HIPÓTESES

- ✓ A prevalência de IA é 25%;
- ✓ Cerca de 10% dos domicílios apresentam IA moderada;
- ✓ A minoria dos domicílios apresenta IA grave;
- ✓ Domicílios alugados, com maior número de moradores, com indivíduos do sexo feminino, de faixa etária mais jovem, desempregados, de baixa escolaridade, separados(a)/divorciados(a), com menor renda, de cor de pele preta, que realizam duas refeições por dia e possuem pouca variedade em sua alimentação são os que apresentam maior prevalência de IA.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal com abordagem quantitativa.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com os dados da pesquisa de base populacional intitulada “Saúde da População Criciúmena” desenvolvida no período de março a dezembro do ano de 2019 no município de Criciúma-SC.

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Adultos com 18 anos ou mais de idade residentes na área urbana do município de Criciúma-SC.

6.3.1 Critérios de inclusão

Ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) autorizando a participação na pesquisa, ter 18 anos de idade ou superior e estar morando na zona urbana de Criciúma - SC.

6.3.2 Critérios de exclusão

Indivíduos incapacitados de responder e/ou completar a entrevista, devido a impossibilidades físicas ou cognitivas.

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependente(s)

A variável dependente foi IA e suas classificações: insegurança alimentar leve (IAL), insegurança alimentar moderada (IAM) e insegurança alimentar grave (IAG).

6.4.2 Independente(s)

Como variável independente: sexo (masculino, feminino), idade (em anos completos), cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena), estado civil (solteiro, casado(a)/união estável, separado(a)/divorciado(a), viúvo(a)), ocupação (desempregado, autônomo, aposentado, do lar, carteira assinada), renda no último mês (menos de R\$ 500,00, de R\$ 500,00 a 1.000,00, de R\$ 1.001,00 a 2.000,00, de R\$ 2.001,00 a 4.000,00, de R\$ 4.001,00 a 6.000,00, de R\$6.001,00 a 8.000,00, de R\$ 8.001,00 a 10.000,00, de R\$ 10.001,00 a 20.000,00, mais de R\$ 20.000,00, não tem renda, não quis informar), estado nutricional (sem excesso de peso, com excesso de peso), escolaridade (analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto, superior completo, não sabe), número de integrantes na casa (1, 2, 3, 4, 5 ou mais), tipo de moradia (própria, alugada, emprestada, pensão/pensionato, hotel, outro), refeições que são comumente realizadas (café da manhã, lanche no meio da manhã, almoço, lanche ou café da tarde, jantar ou café da noite, ceia ou lanche antes de dormir); e a qualidade da alimentação (MELLER; MANOSSO; SCHÄFER, 2021).

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Procedimentos e logística

Os dados que foram utilizados pertencem ao estudo de base populacional desenvolvido na cidade de Criciúma/SC. Essa pesquisa ocorreu entre os meses de março a dezembro de 2019. Questionário estruturado foi aplicado, por

entrevistadores treinados, que eram constituídos por bolsistas de iniciação científica e residentes multiprofissionais da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

O processo de amostragem foi realizado em duas etapas, com base em dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011): as unidades primárias, que são os setores censitários, e as unidades secundárias, que são as famílias. Inicialmente, todos os setores censitários urbanos com propriedades privadas em município de Criciúma foram listados em ordem de acordo com o código para cada setor. Em seguida, 77 dos setores censitários foram aleatoriamente selecionados, num total de 15.218 domicílios. O número de domicílios foi amostrados proporcionalmente ao tamanho do setor; foram feitas visitas aos 618 domicílios selecionados sistematicamente dentro dos setores censitários. Os entrevistadores convidavam todos os adultos (18 anos ou mais) residentes do domicílio a participar da pesquisa. Uma supervisora de campo era responsável pelo deslocamento dos entrevistadores e pelo monitoramento da pesquisa e do trabalho dos entrevistadores em campo.

Para o presente estudo, considerou-se os domicílios cujo chefe da família estava presente no momento da entrevista e respondeu ao questionário sobre insegurança alimentar (EBIA). Nos domicílios em que mais de um adulto residente estava presente e fez parte da pesquisa, considerou-se a informação fornecida pelo chefe da família para a determinação da IA aos demais moradores.

Importante destacar que o chefe da família era definido pelos moradores como sendo a pessoa que contribui com a maior parte da renda da família.

6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

O questionário utilizado tinha tempo médio de aplicação de 30 minutos e continha questões demográficas, socioeconômicas, nutricionais, comportamentais e de saúde. Este questionário era único, padronizado e pré-codificado (APÊNDICE A). Os dados, após coletados, foram revisados pela supervisora do trabalho de campo e codificados pelos entrevistadores.

Para permitir a qualidade das informações, foi realizada dupla digitação no *software* EpiData 3.1 e checagem dos dados.

Para a avaliação da situação de IA nos domicílios foi utilizada a EBIA. Trata-se de uma escala psicométrica, com 14 perguntas fechadas, referente ao

período de 3 meses anteriores à entrevista, que avalia a percepção da SA intrafamiliar em relação ao acesso aos alimentos, além de identificar os grupos vulneráveis à violação do direito humano à alimentação adequada. Para domicílios que tem morador menor de 18 anos são aplicadas as 14 perguntas e nos domicílios que possui somente morador de 18 anos ou mais de idade são aplicadas 8 perguntas. A situação de SA da família é classificada em quatro níveis conforme pontuação a seguir: a) para domicílios com menores de 18 anos: SA: 0 ponto; IA leve: 1 a 5 pontos; IA moderada: 6 a 9 pontos; IA grave: 10 a 14 pontos; b) para domicílios sem menores de 18 anos: SA 0 pontos; IA leve: 1 a 3 pontos; IA moderada: 4 a 5 pontos; IA grave: 6 a 8 pontos (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2007).

Também foram estudadas as variáveis sociodemográficas: sexo observado pelo entrevistador (feminino, masculino); idade autorreferida pela questão “Qual a sua idade?” (anos completos); estado civil, identificado pela questão “Qual seu estado civil?” (solteiro(a), casado(a)/união estável, separado(a)/divorciado(a), viúvo(a)); cor da pele autorreferida através da pergunta “Qual a cor da sua pele?” (branca, preta, amarela, parda, indígena); escolaridade do chefe de família, pela pergunta “Qual é a escolaridade do chefe de família?” (analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/ médio incompleto, médio completo/superior incompleto, superior completo, não sabe); renda conforme a questão “Quanto o(a) senhor(s) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)?” (menos de R\$ 500,00, de R\$ 500,00 a 1.000,00, de R\$ 1.001,00 a 2.000,00, de R\$ 2.001,00 a 4.000,00, de R\$ 4.001,00 a 6.000,00, de R\$6.001,00 a 8.000,00, de R\$ 8.001,00 a 10.000,00, de R\$ 10.001,00 a 20.000,00, mais de R\$ 20.000,00, não tem renda); quantidade de moradores na residência conforme pergunta “contando com senhor (a), quantas pessoas moram neste domicílio?” (1, 2, 3, 4, 5 ou mais); tipo de moradia conforme a pergunta “a casa onde o(a) senhor mora é: (própria, alugada, emprestada, pensão/pensionato/hotel, outro; quantidade de refeições realizada durante o dia conforme a pergunta “vou ler algumas refeições e gostaria que o (a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer” respondendo “não” ou “sim” (café da manhã, lanche no meio da manhã, almoço, lanche ou café da tarde, jantar ou café da noite, ceia ou lanche antes de dormir), a autopercepção da alimentação com a questão “ como o(a) senhor considera a sua alimentação?” (muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim), para responder esta pergunta, a orientação era “não

pense na quantidade de alimentos nem nas marcas dos produtos, e sim se sua alimentação é variada e com alimentos como carnes, peixes, legumes, verduras e frutas.” Por fim, foi avaliada a qualidade da dieta usando o indicador de dieta proposto por Francisco et al., 2019 para adultos e idosos brasileiros. Este indicador foi desenvolvido a partir de um conjunto de alimentos considerados saudáveis ou proteção para doenças crônicas (frutas, vegetais, leite e legumes) e alimentos considerados não saudáveis ou com risco crescente de doenças crônicas (doces, refrigerante ou suco industrializado e carne vermelha).

Para avaliar o estado nutricional, foram utilizados o peso e a altura autorreferidos pelos participantes através das perguntas “O(a) senhor(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)?” e “Qual a altura do(a) senhor(a)?”. O excesso de peso foi identificado através do IMC, que determina o estado nutricional por meio da divisão do peso pela altura elevada ao quadrado. Os pontos de corte para excesso de peso foram $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ para adultos até 59 anos de idade segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) e $IMC \geq 27 \text{ Kg/m}^2$ para idosos a partir de 60 anos de idade segundo as recomendações de Lipschitz (1994) preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) e que melhor indicam o risco para mortalidade em idosos (CARDOSO et al., 2020).

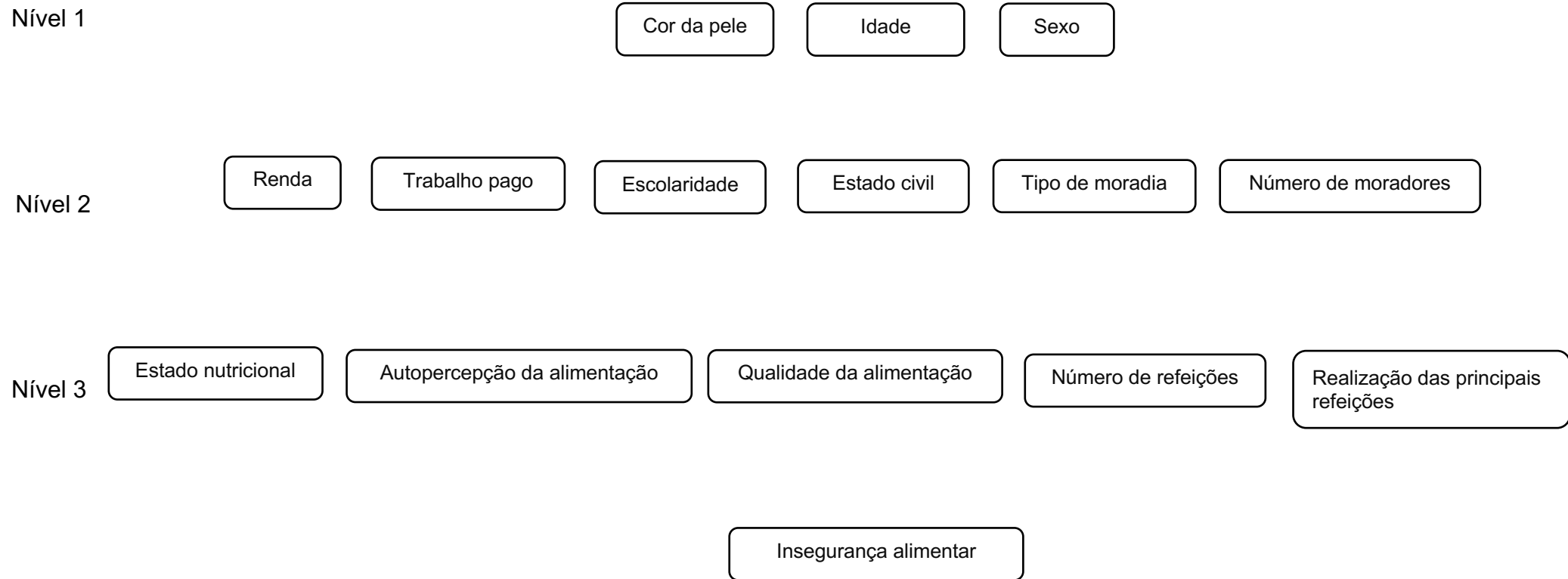
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis estudadas, através da apresentação das frequências absoluta (n) e relativa (%). Verificou-se as associações entre as variáveis independentes e a IA sendo realizadas análises brutas (através de teste Qui-quadrado de Pearson) e ajustadas (utilizando a Regressão de Poisson) com nível de significância de 5%.

Para as análises ajustadas, foi construído um modelo hierárquico, sendo considerado no primeiro nível as variáveis cor de pele, idade e sexo. No segundo nível foi considerado as variáveis renda, trabalho pago, escolaridade, estado civil, tipo de moradia e número de moradores. No terceiro nível foi considerado estado nutricional, autopercepção da alimentação, qualidade da alimentação, número de refeições e realização das principais refeições (Figura 3), onde foram consideradas como possíveis fatores de confusão as variáveis independentes que permaneceram no modelo utilizando um nível de significância de 20%.

O programa estatístico utilizado foi o SPSS versão 23.0.

Figura 3 - Modelo hierárquico dos fatores associados à insegurança alimentar



6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa Saúde da População Criciumense foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UNESC sob protocolo nº 3.084.521 (ANEXO A), tendo como base a Resolução nº 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 sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de TCLE (APÊNDICE B).

6.7.1 Riscos e benefícios

Um possível risco trata-se da perda da confidencialidade dos dados, porém, este é reduzido com o sigilo e privacidade e a não divulgação dos dados pessoais dos entrevistados. Além disso, destaca-se o constrangimento ao responder algumas perguntas mais confidenciais. No entanto, este risco foi minimizado pela possibilidade de descontinuar a entrevista a qualquer momento.

Como benefícios, buscou-se conhecer os principais fatores relacionados à IA. Isto permitirá a implantação de ações que incentive e assegure a promoção da alimentação adequada e saudável.

7 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 618 domicílios; no entanto, como o chefe da família não estava presente em todos os domicílios, o estudo contou com a participação de 562 indivíduos residentes em 439 domicílios (perda de 29% dos domicílios). As características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de alimentação dos indivíduos estudados são apresentadas na Tabela 4. Observou-se que a maioria possuía mais de 60 anos de idade (52,3%), era do sexo feminino (56,8%), casado(a)/união estável (57,7%), de cor de pele branca (79,1%), morava em casa própria (87,7%), tinha escolaridade de 9 a 11 anos completos de estudo (30,8%) e estava com excesso de peso (57,5%) naquele momento. Cerca de um terço dos indivíduos tinham renda mensal de R\$ 1001,00 a 2000,00 e referiram ter trabalhado (trabalho pago) nos últimos 30 dias (35,0%). Além disso, 73,8% dos indivíduos referiram boa ou muito boa percepção da alimentação, cerca de um terço realizava 4 refeições ao dia (37,3%) e um a cada quatro relataram realizar as principais refeições do dia (café da manhã, almoço e janta) (24,2%).

A Figura 4 apresenta a prevalência de IA bem como suas classificações. Nota-se que 25,8% (IC95%) dos domicílios estavam em situação de IA (18,1% IA leve; 5,0% IA moderada e 2,7% IA grave).

A Tabela 5 apresenta as associações bruta e ajustada da IA com as características sociodemográficas, comportamentais, de alimentação e o estado nutricional. As maiores prevalências de IA foram observadas nos domicílios alugados ($p < 0,001$), com maior número de moradores ($p = 0,005$), onde residiam indivíduos adultos jovens (30 a 39 anos) ($p = 0,010$), de cor de pele não branca ($p = 0,011$), solteiros ($p = 0,002$), menos escolarizados ($p = 0,013$), com menor renda mensal ($p < 0,001$). Além disso, aqueles domicílios com indivíduos que reportaram percepção da alimentação ruim ou muito ruim ($p < 0,001$), pior qualidade da dieta ($p = 0,007$) e que realizavam de 1 a 2 refeições ao dia ($p = 0,001$) apresentaram maiores prevalências de IA.

Após ajuste para os possíveis fatores de confusão incluídos no modelo de ajuste, mantiveram-se associadas com a IA as variáveis: idade, cor de pele, escolaridade, renda mensal, autopercepção da alimentação, número de refeições realizadas e tipo de moradia. Domicílios com indivíduos de cor de pele não branca tiveram 1,42 vezes mais probabilidade de ter IA comparados aos seus pares (RP:

1,42, IC95% 1,05;1,91). Aqueles que moravam em domicílios alugados apresentaram 2,24 vezes mais probabilidade de IA comparados aos que residiam em domicílios próprios (RP: 2,24; IC95% 1,66;3,03). Além disso, domicílios em que os residentes realizavam de 1 a 2 refeições ao dia tiveram prevalência 3,66 vezes maior de IA quando comparados àqueles que realizavam de 5 a 6 refeições (RP: 3,66; IC95% 1,87;7,14).

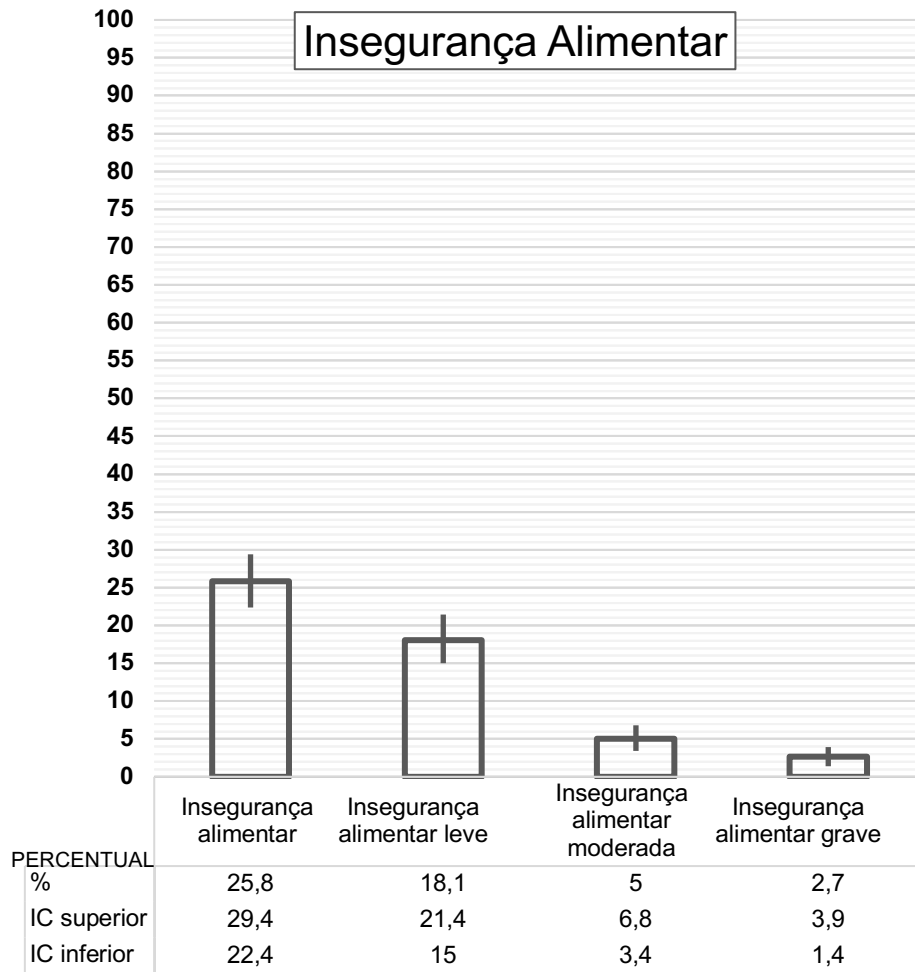
Tabela 4 - Características sociodemográficas, comportamentais e de alimentação dos adultos e idosos estudados. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562)

Variáveis	n	% (IC95%)
Sexo		
Masculino	243	43,2 (39,2-47,4)
Feminino	319	56,8 (52,6-60,8)
Idade (anos)		
18-29	43	7,6 (5,7-9,8)
30-39	50	8,9 (6,6-11,4)
40-49	55	9,8 (7,3-12,3)
50-59	120	21,4 (17,8-24,7)
≥60	294	52,3 (48,4-56,8)
Cor da pele		
Branca	444	79,1 (75,8-82,4)
Preta	39	7,0 (5,0-9,1)
Parda	63	11,2 (8,7-13,7)
Amarela	11	2,0 (0,9-3,2)
Indígena	4	0,7 (0,2-1,4)
Escolaridade (anos completos)		
0-4	156	27,8 (24,4-31,6)
5-8	162	28,9 (25,1-32,4)
9-11	173	30,8 (26,9-34,8)
≥12	70	12,5 (10,0-15,5)
Renda mensal (reais)		
<500,00	64	11,7 (9,2-14,7)
500,00-1000,00	108	19,9 (16,5-23,5)
1001,00-2000,00	187	34,4 (30,3-38,2)
2001,00-4000,00	132	24,3 (20,4-27,9)
>4000,00	53	9,7 (7,5-12,3)
Trabalho pago		
Não	364	65,0 (61,1-68,8)
Sim	196	35,0 (31,3-38,9)
Estado civil		
Solteiro(a)	80	14,2 (11,4-17,1)
Casado(a)/união estável	324	57,7 (53,6-61,6)
Separado(a)/divorciado(a)	69	12,3 (9,8-15,1)
Viúvo(a)	89	15,8 (13,0-18,7)
Tipo de moradia		
Própria	491	87,7 (85,0-90,5)
Alugada	53	9,4 (7,1-12,0)
Emprestada	16	2,9 (1,6-4,3)
Número de moradores		
1	71	12,7 (9,8-15,4)
2	223	39,8 (35,7-43,9)
3	129	23,0 (19,6-26,6)
≥4	137	24,5 (20,9-28,0)
Estado nutricional^a		

Sem excesso de peso	227	42,5 (38,2-46,6)
Com excesso de peso	307	57,5 (53,4-61,8)
Autopercepção da alimentação		
Muito boa	62	11,0 (8,4-13,7)
Boa	353	62,8 (58,7-66,9)
Regular	118	21,0 (17,4-24,4)
Ruim	24	4,3 (2,7-6,0)
Muito ruim	5	0,9 (0,2-1,8)
Qualidade da alimentação		
Tercil 1 (melhor)	195	34,9 (30,8-38,5)
Tercil 2	177	31,7 (27,5-35,6)
Tercil 3 (pior)	187	33,4 (29,5-37,9)
Número de refeições realizadas		
1	1	0,2 (0,0-0,5)
2	13	2,3 (1,3-3,8)
3	117	20,9 (17,7-24,1)
4	209	37,3 (33,2-41,3)
5	158	28,2 (24,3-32,1)
6	62	11,1 (8,6-13,8)
Realização das principais refeições		
Não	426	75,8 (72,1-79,4)
Sim	136	24,2 (20,6-27,9)

IC: intervalo de confiança. ^aVariável com maior número de observações desconhecidas (n=28; 5,0%).

Figura 4 - Prevalência de insegurança alimentar e suas classificações. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562)



IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 5 - Análise bruta e ajustada da associação entre insegurança alimentar e variáveis independentes. Criciúma, Santa Catarina, Brasil, 2019. (n=562)

Variáveis	Insegurança Alimentar				
	Análise Bruta			Análise Ajustada**	
	Sim	Valor p*	RP (IC95%)	Valor p	
n	%				
Sexo		0,134		0,111	
Masculino	55	22,6%	Referência		
Feminino	90	28,2%	1,26 (0,95;1,69)		
Idade (anos)		0,010		0,016	
18-29	15	34,9%	1,65 (0,94;2,89)		
30-39	21	42,0%	2,00 (1,23;3,26)		
40-49	17	30,9%	1,38 (0,86;2,21)		
50-59	31	25,8%	1,23 (0,83;1,82)		
≥60	61	20,7%	Referência		
Cor da pele		0,011		0,022	
Branca	104	23,4%	Referência		
Não branca	41	35,0%	1,42 (1,05;1,91)		
Escolaridade (anos completos)		0,013		0,053	
0-4	38	24,4%	1,74 (0,88;3,44)		
5-8	55	34,0%	2,12 (1,14;3,97)		
9-11	42	24,3%	1,51 (0,79;2,88)		
≥12	10	14,3%	Referência		
Renda mensal (reais)		<0,001		<0,001	
<500,00	24	37,5%	2,38 (1,42;3,99)		
500,00-1000,00	39	36,1%	2,57 (1,60;4,11)		
1001,00-2000,00	52	27,8%	1,75 (1,14;2,67)		
>2000,00	26	14,1%	Referência		
Trabalho pago		0,402		0,341	
Não	109	26,8%	Referência		
Sim	36	23,4%	0,83 (0,57;1,22)		
Estado civil		0,002		0,127	
Solteiro(a)	33	41,2%	Referência		
Casado(a)/união estável	67	20,7%	0,66 (0,45;0,97)		
Separado(a)/divorciado(a)	21	30,4%	1,06 (0,62;1,81)		
Viúvo(a)	24	27,0%	1,21 (0,71;2,10)		
Tipo de moradia		<0,001		0,003	
Própria	110	22,4%	Referência		
Alugada	30	56,6%	2,24 (1,66;3,03)		
Emprestada	5	31,2%	1,11 (0,53;2,30)		
Número de moradores		0,005		0,193	
1	18	25,4%	Referência		
2	42	18,8%	0,80 (0,48;1,33)		
3	36	27,9%	1,05 (0,62;1,76)		
≥4	49	35,8%	1,16 (0,70;1,94)		
Estado nutricional		0,137		0,310	
Sem excesso de peso	50	22,0%	Referência		
Com excesso de peso	85	27,7%	1,17 (0,87;1,57)		

Autopercepção da alimentação			<0,001		0,023
Muito boa/ Boa	88	21,2%		Referência	
Regular	45	38,1%		1,56 (1,14;2,14)	
Ruim/ Muito ruim	12	41,4%		1,29 (0,80;2,09)	
Qualidade da alimentação			0,007		0,117
Tercil 1 (melhor)	37	19,0%		Referência	
Tercil 2	45	25,4%		1,21 (0,84;1,75)	
Tercil 3 (pior)	62	33,2%		1,34 (0,93;1,93)	
Número de refeições realizadas			0,001		0,001 ^a
1-2	8	57,1%		3,66 (1,87;7,14)	
3-4	95	29,1%		1,49 (1,08;2,07)	
5-6	145	25,9%		Referência	
Realização das principais refeições			0,838		0,103
Não	109	25,6%		Referência	
Sim	36	26,5%		0,76 (0,55;1,06)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson. **Razão de prevalência ajustada para as variáveis dessa tabela ($p < 0,20$) respeitando o modelo hierárquico apresentado na figura 3. ^aTeste de Wald para tendência linear. RP: razão de prevalência.

8 DISCUSSÃO

O presente estudo, que teve como objetivo verificar a prevalência da IA e seus fatores associados, evidenciou resultados importantes para o município de Criciúma – SC. Encontrou-se que um a cada quatro domicílios apresentam IA; além disso, domicílios alugados, onde residiam indivíduos adultos jovens, de cor de pele não branca, menos escolarizados, com menor renda mensal, que realizavam menos refeições ao dia e que percebiam sua alimentação como regular apresentaram maiores prevalência de IA.

No Brasil, a família tem sido o foco para a aplicação de determinados programas sociais, pois ela é um potencializador das ações governamentais, e capaz de maximizar recursos (SEGALL-CORREA *et al.*, 2008). O Banco Mundial estima que cerca de 2 a 3% da perda do Produto Interno Bruto (PIB) de um país deve-se à má nutrição (FAO, 2020a). A dificuldade de acesso aos alimentos suficientes, seguros, nutritivos em todos os momentos para manter uma vida saudável e ativa, pode ser determinada por falta de dinheiro para comprar alimentos, crises ambientais ou de saúde (POBLACION *et al.*, 2021). As variações climáticas, indisponibilidade de sistema político econômico, fatores e riscos sociais a que a família está submetida, racismo, cultura alimentar, falta de ações de

educação alimentar e nutricional, práticas de higiene, bem como a produção de alimentos para autoconsumo podem ter influência na IA (KEPPLE, 2010; GODOY, *et al.*, 2017).

A prevalência de IA encontrada entre os domicílios pesquisados foi de 25,8%. A estratificação da IA mostrou que 18,1% dos domicílios estavam em IAL, o que está relacionado com a preocupação e angústia de não dispor de alimentos suficiente no domicílio. Quanto à IAM, 5,0% dos domicílios apresentaram esta condição, caracterizando, assim, a falta de alimentos entre os adultos. O resultado de IAG foi de 2,7% dos domicílios; esta condição retrata a redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou tendo ruptura nos padrões de alimentação, estando assim em estado de fome (WOLFE; FRONGILLO, 2001; SANTOS; LEONADO POZZA DOS; GIGANTE; DENISE PETRUCCI, 2013).

Devido à crise humanitária e alimentar nos últimos anos, indicadores de IA cresceram particularmente nos grupos em maior situação de vulnerabilidade, violando o DHAA (GURGEL *et al.*, 2020). Dados da FAO (2021) mostrou aumento significativo da prevalência de IAG no mundo: em 2014 esse percentual era de 8,3% passando para 9,7% em 2019 (FAO, FIDA, OPAS, PMA e UNICEF, 2021). Esse movimento também é visto na América do Sul onde o percentual de IAG passou de 5,5%, em 2014, para 7,6% em 2019, assim sendo, mais pessoas ficaram sem alimentos, passaram fome ou ficaram sem comer por mais de um dia (FAO, FIDA, OPAS, PMA e UNICEF, 2021).

Em relatório sobre o panorama da SAN na América Latina e no Caribe, dados sobre a América do Sul revelam que, em 2019, cerca de 122 milhões de pessoas enfrentaram a IAM ou IAG. Neste contexto podemos dizer que um em cada três habitantes presentes nesses países não tinha acesso a alimentos nutritivos e suficientes por falta de recursos. Essa realidade pode afetar a qualidade da dieta, hábitos alimentares e apresentar consequências negativas para a nutrição, saúde e bem-estar (FAO, FIDA, OPAS, PMA e UNICEF, 2021).

Os resultados observados no presente estudo indicam uma magnitude menor de IA em relação aos dados nacionais. Dados da POF de 2017-2018 no Brasil mostraram que 36,7% dos domicílios particulares encontram-se em situação de IA. A proporção de domicílios em IAL foi de 24,0%, IAM de 8,1% e 4,6% de IAG (IBGE, 2020).

Em sua segunda edição, o inquerido nacional sobre IA no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil, analisou dados coletados entre novembro de 2021 a abril de 2022, mostrando aumento dos dados, pois 58,7% dos domicílios estavam em IA, destes, 28% em IA leve, 15,2% em IA moderada e 15,5% IA grave. A quantidade de domicílios em situação de IA é preocupante e revela injustiça e descaso a que são submetidos milhões de brasileiros. Podemos afirmar que são 125,2 milhões de pessoas em IA e mais de 33 milhões em situação de fome, expressa pela IA grave (BRASIL, 2022).

Pesquisa realizada em 2020 no município de Criciúma – SC mostrou que 20,9% dos domicílios pesquisados encontrou-se em insegurança alimentar (SCHÄFER; SANTOS; MANOSSO; QUADRA; MELLER, 2022).

Estudo que avaliou a prevalência de IAG para municípios brasileiros, em 2013, através da PNAD 2013, encontrou que os municípios dos estados do Sul do Brasil apresentavam os menores percentuais (GUBERT; PEREZ-ESCAMILLA, 2018). Em Santa Catarina, tem-se o município de Rio Fortuna, com a menor prevalência, sendo 0,80% de IAG. Município este localizado a 65 km de Criciúma - SC, e com população estimada de 4.630 habitantes (IBGE, 2021).

E mesmo tendo melhores resultados, quando comparamos a outras regiões do país, principalmente a região Norte e Nordeste, surge um olhar de cautela para a realidade dos municípios catarinenses quanto à presença ou ausência de ações para tema de SA. Na pesquisa desenvolvida por Guedes (2020), 295 municípios, avaliados por uma matriz de análise e julgamento para situação de SAN, foram classificados como ruins ou regulares (65,4%). Dimensões bem avaliadas foram os processos permanentes de educação, pesquisa e formação em SAN, sistemas de produção agroecológica e abastecimento sustentáveis de alimentos e acesso universal à água. Em contrapartida, ainda precisam melhorar as ações como alimentação e nutrição na atenção à saúde, acesso universal à alimentação adequada, avaliação e monitoramento (GUEDES, 2020).

Para os autores Guerra, Bezerra e Carnut (2020), a coexistência da fome, da desnutrição, das carências nutricionais junto ao sobrepeso e à obesidade não é apenas uma comprovação injusta da epidemiologia nutricional escrita em documentos/relatórios de instituições internacionais e nas políticas públicas brasileiras de alimentação que buscam validar a IA como resultado da superpopulação, escassez de alimentos e de catástrofes naturais. Trata-se de uma

lógica capitalista que usa a alimentação como mercadoria, que não mede esforços para o uso de tecnologia para produção de alimentos, rico em sal, gordura e açúcar, que conquista cada vez mais consumidores, confundidos por uma publicidade enganosa.

Atualmente acompanhamos o “desmonte” da estrutura pública, a intenção do atual Presidente da República, em extinguir o CONSEA; isto se repete ao longo da história de luta pela SAN em nosso país. O Estado deveria ser um facilitador da informação e fomentação do direito da população, mas enquanto for detentor do poder de “desmonte” da estrutura pública, isto não acontecerá. Quando sobrepomos esta situação as populações vulneráveis o fato se torna mais limitante ainda. A IA é um problema multifatorial e seu enfrentamento e determinação de estratégias devem ser direcionados a cada conjunção. Para isso, é importante conhecer os pormenores dos coletivos estudados e a associação ou não com a condição de IA. Diferentes causas determinam IA necessitando, assim, que exista ações intersetoriais na política pública voltada para um planejamento adequado e que garanta a SAN (ALVES; JAIME, 2014), sendo sugerida uma articulação em todo ciclo, começando pela definição de objetivos, estratégias de ação, definição de metas e recursos para alcança-las. Desta forma, cada setor poderá identificar e compreender melhor sua responsabilidade, colocando em suas agendas ações específicas para garantia do DHAA, valorizando e incentivando a participação da sociedade na construção de políticas macro, meso e microeconômicas (SILVA, 2022).

Domicílios do município de Criciúma-SC fizeram parte do estudo de Facchini *et al.* (2014), que buscou comparar a IA no Nordeste e Sul do Brasil. Os domicílios das regiões Nordeste tiveram a cor de pele parda/mestiça como predominante (72,6%). Na região Sul, a expressiva maioria dos domicílios apresentava cor de pele branca (70%). No Nordeste, domicílios em que chefe de família referiu cor de pele parda/mestiça e preta apresentaram 1,18 e 1,50 vezes mais IAM ou IAG, respectivamente, do que os com cor de pele branca. Já na Região Sul, essas razões foram de 1,37 para a cor de pele parda/mestiça e 1,69 para a cor de pele preta (FACCHINI *et al.*, 2014). Resultado similar foi encontrado no presente estudo, que mostrou que domicílios com indivíduos de cor de pele não branca tiveram 1,42 vezes mais probabilidade de ter IA comparados aos seus pares (RP: 1,42, IC95% 1,05;1,91).

Outro dado apresentado no presente estudo foi que a IA está relacionada à idade e à escolaridade. Os dados mais expressivos foram da faixa etária de 30 a 39 anos, que teve 2,0 vezes mais probabilidade de ter IA (RP 2,0; IC95%;1,23;3,26), comparada com pessoas acima de 60 anos, o que pode ser justificado pela maior estabilidade econômica em virtude dos repasses de aposentadorias e pensões. O estudo de Santos *et al.* (2021) mostrou maior prevalência de IA entre os adultos com idade de 20-39 e 40-59 anos quando comparados aos idosos (≥ 60 anos). Na pesquisa de Maas *et al.* (2020), a menor probabilidade foi de pessoas acima de 70 anos (RP 0,63; IC95% 0,42;0,95), quando comparados ao valor de referência (18 a 29 anos).

Além disso, observou-se que os domicílios com indivíduos de menor nível de escolaridade apresentaram mais IA. Resultado similar foi observado por Souza *et al.* (2021) e Schott *et al.* (2020) que investigaram a IA em domicílios, e mostraram que a IA esteve associada à menor escolaridade do chefe de família (menos de 8 anos de estudo). Estudo de Schott *et al.* (2020) sobre fatores associados à IA em domicílios da área urbana do estado de Tocantins avaliou 596 domicílios e também observou que a IAM e IAG esteve associada com anos de estudo: chefes de família que estudaram menos de 4 anos tiveram 4,56 vezes (IC95% 2,31; 9,03) mais chance de ter IAM/ IAG quando comparados com aqueles que estudaram mais de 8 anos.

A baixa escolaridade contribui para persistência da pobreza nas futuras gerações, pois diz respeito às limitações que a falta de estudo trará, podendo tornar-se um adulto menos produtivo, devido à falta de oportunidades para potencializar seu desenvolvimento, ficando assim sujeito a maiores dificuldades para acessar melhores empregos e salários (SORDI; GONÇALVES, 2021). De acordo com Deon *et al.* (2014), quanto maior é a escolaridade, menor é o tempo de trabalho doméstico. Assim, pode-se avaliar que o alto nível de escolaridade tem uma alta relação com o rendimento, passando mais tempo com trabalhos externos e permitindo a contratação de outras pessoas para desempenhar tarefas no domicílio (DEON *et al.*, 2014).

Outro resultado do presente estudo é que os domicílios que tinham renda mensal de R\$ 500,00 a 1000,00 tiveram 2,57 vezes mais probabilidade de ter IA comparados aos de renda superior a R\$ 2000,00 (RP: 2,57, IC95% 1,60; 4; 11). Similarmente, o estudo de Schott e Eloise *et al.* (2020) mostrou relação positiva

entre IA e a baixa renda per capita. Na pesquisa de Cabral *et al.* (2014), na medida que passaram os anos e a renda da família aumentou, observou-se a redução significativa do número de famílias em IAM e IAG. A relação com a IA pode estar associada ao fato de ter menos dinheiro disponível para aquisição de alimentos, menor poder de escolha, precisando optar por alimentos mais baratos e que fique dentro do orçamento familiar. Podendo afirmar assim, que a IA está fortemente relacionada à renda, visto que a restrição desta, frequentemente, resulta em limitação de acesso e disponibilidade de alimentos (SOUZA *et al.* 2021).

Essa informação vai ao encontro com dados do IBGE (2021), que apresenta a maior taxa de desemprego no grupo de pessoas que estão com ensino médio incompleto (24,4%) e com idade de 18 a 59 anos (55,4%). No 1º trimestre de 2021, 18,1% das pessoas pesquisadas, sem instrução ou com menos de um ano de estudo, estavam trabalhando. No grupo de pessoas com nível superior completo, o nível da ocupação chegou a 71,0% (IBGE, 2021).

Nos domicílios da atual pesquisa encontram-se dados informando que indivíduos que reportaram autopercepção da alimentação como regular, têm 1,56 vezes (IC95% 1,56; 2,14) mais probabilidade de ter IA comparados aos que percebiam sua alimentação como muito boa/boa. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo de base populacional realizado no município de Rio Grande, RS, o qual encontrou menor probabilidade de se ter autopercepção muito boa/boa da alimentação naqueles que se encontravam em condição de IAL (MACHADO; VAZ; MENDOZA-SASSI, 2017)

Na POF 2017-2018, notou-se que o *per capita* de compras anual das famílias que estavam em IA, tiveram uma tendência de redução na maioria dos grupos de alimentos selecionados para pesquisa. Assim, observou-se que quanto maior a gravidade da IA, menor foi a aquisição de hortaliças, frutas, panificados, carnes, laticínios, aves e ovos (IBGE, 2020). Nas duas últimas décadas, os brasileiros apresentaram um perfil de consumo com quantidade de calorias ingeridas, muito mais alta do que preconiza as recomendações internacionais (IBGE, 2020). No estudo de Souza *et al.* (2021), com 628 domicílios na cidade de Campinas-SP, o gasto com alimentos e consumo de açúcar e refrigerantes em domicílios com pessoas maiores de 18 anos, mostrou que o maior consumo de açúcar esteve associado à IA (SOUZA *et al.*, 2021).

Além disso, domicílios, da presente pesquisa, em que os residentes realizavam de 1 a 2 refeições ao dia tiveram prevalência 3,66 vezes maior de IA quando comparados aos que realizavam 5 a 6 refeições. IA é um processo progressivo, gerenciado por meio de estratégias individuais e coletiva, sendo que, no geral, primeiro os adultos começam a pular refeições ou diminuir porções de alimentos e depois as crianças começam a passar por essa experiência (RADIMER *et al.*, 1992). O fato de realizar 1 a 2 refeições ao dia pode ter relação com a rotina do responsável do domicílio, podendo concentrar o consumo de alimento em horário de almoço e jantar. O estudo de Deon *et al.* (2014), sobre número e tipo de refeições realizadas ao longo do dia, com amostra de 1206 pessoas que tinham trabalho, mostrou associação com a rotina de obrigações, ou seja, quem exercia ofício à noite realizava mais refeições, pois ficavam mais tempo acordado. Além disso, essa concentração pode estar associada à falta de dinheiro para fazer refeições fora de casa, deixando limitado ao consumo principal na residência (SORDI; GONÇALVES, 2021).

No estudo de Panigassi *et al.* (2008), na cidade de Campinas, SP, investigou a proporção de chefes de famílias que não realizavam as refeições diariamente por categoria de SA e evidenciou que os maiores percentuais estavam naqueles com IAM/IAG, sendo que 19,6% não realizam café da manhã, 11,2 % não realizavam almoço e 13,2% não faziam o jantar. Segundo análise de Preiss, Shneider e Coelho-de-Souza (2020) sobre impactos que a pobreza tem sobre a saúde, à dieta e IA no contexto socioeconômico, aqueles que vivem com privações de materiais e na exclusão social têm menos possibilidade de contar com recursos para lidar com sua saúde e estão expostos às más condições sanitárias.

Em geral, os mais pobres encontram-se vivendo em lugares perigosos, suscetíveis a enchentes ou deslizamentos de terra, próximos a lixões e sem acesso a saneamento básico (FAO, FIDA, OPAS, PMA e UNICEF, 2021). No estudo de Araújo *et al.* (2020), sobre condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da IA, mostrou prevalência de 1,61 vezes mais probabilidade de ter IA em domicílios com condições insatisfatórias (segundo aspectos econômicos e problemas no domicílio e entorno). O presente estudo mostrou prevalência de 2,24 vezes mais probabilidade de ter IA quem tinha moradia alugada quando comparado com valor de referência (moradia própria). Sendo fator similar, Araújo *et al.* (2020) mostrou que 93,8% dos domicílios em IA, responderam não atrasar o pagamento do aluguel,

demonstrando preocupação com local para morar e depois na aquisição de alimentos, pois 93,9% afirmaram ter dificuldade de sobrevivência até o fim do mês. E 65,9% afirmam estar morando em condições insatisfatórias. As moradias alugadas em comunidades são muitas vezes inacabadas e proporcionam condições de insalubridade aos seus ocupantes e favorecem o surgimento de doenças aos indivíduos mais vulneráveis (BURITY; FRANCESCHINI; VALENTE; RECINE; LEÃO; CARVALHO, 2010). O tipo de moradia pode contribuir para SA, acomodar os moradores para as refeições, conservar os alimentos, garantir a higiene apropriada e evitar a proliferação de inúmeras doenças (BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2017).

Algumas limitações precisam ser destacadas, como o fato que nem todos os domicílios tinham chefe de família no momento da entrevista. Outra limitação refere-se ao estudo ser conduzido a um único município, isso restringe a generalização dos resultados. Outro aspecto limitante está em algumas informações serem autoreferidas, com isso necessitam de cautela na comparação com outros resultados.

Como fortalezas, destaca-se o fato de que o procedimento amostral do estudo foi conduzido em duas etapas e contou com uma amostra representativa de um município do Sul do Brasil, que é considerado uma referência regional no estado em que se localiza (IBGE, 2020). Também é necessário destacar que se trata de dados do primeiro estudo de base populacional conduzido no município de Criciúma, sendo tais estudos efetivos para a compreensão das condições e indicadores de saúde e perfil epidemiológico da população.

9 CONCLUSÃO

Evidenciou-se que cerca de um quarto da população de Criciúma - SC encontrava-se em IA no ano de 2019, com destaque para maior proporção de IAL. Fatores sociodemográficos e de alimentação estiveram relacionados à IA, ou seja, domicílios alugados, onde residiam indivíduos adultos jovens, de cor não branca, com menor escolaridade e renda, autopercepção da saúde regular e que realizavam menos refeições apresentaram maiores prevalências de IA.

Com a clareza de que a produção de informação é requisito indispensável para o acompanhamento das políticas que visam garantir o direito a SAN, este estudo vem contribuir com a saúde coletiva, mostrando a necessidade e a importância de ações e políticas públicas locais, tanto para melhoria das condições de saúde e educação como para geração de emprego e renda para a população, tendo como consequência melhora do cenário da IA no município.

Por fim, este estudo exemplifica a necessidade da participação dos profissionais da nutrição nos cenários urbanos, onde vemos a importância dos cuidados na atenção primária da saúde, buscando a efetivação do DHAA e a redução dos impactos financeiros para setor saúde devido as doenças decorrentes da má nutrição e da condição de IA.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 22, n. 6, dec. 2009, p. 895-903. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2021.

ALVES, K. P. S; JAIME, P. C. A política nacional de alimentação e nutrição e seu diálogo com a política nacional de segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, 2014, p. 4331-4340.

ARAÚJO, Melissa Luciana de et al. Condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da insegurança alimentar. **Revista Brasileira de Estudos de População**. 2020, v. 37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/sZBVzPSsRYkT4JQY3XRVLYF/?lang=pt#> Acessado em: 21 mai. 2022.

BARBOSA, Lanay Dias *et al.* Disponibilidade domiciliar de alimentos a partir da nova classificação de alimentos e (in)segurança alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 25, n. 7, jul. 2020, p. 2701-2709. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.18902018>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BATISTA FILHO, Malaquias. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, agosto de 2003, p. 872-873. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2020.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, 2003, p. S181-S191. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019. Acesso em: 17 jan. 2021.

BENÍCIO, M. H. D'A; MONTEIRO, C. A; ROSA, T. E. C. Evolução da desnutrição, da pobreza e do acesso a serviços públicos. In: **Velhos e Novos Problemas da Saúde no Brasil** (C. A. Monteiro, org.). São Paulo: Editora Hucitec, 2000, p. 141-152.

BEZERRA, Thaíse Alves; OLINDA, Ricardo Alves de ; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, n. 2. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rzZKSfNkKfPnKWpWgV9Hrsc/?lang=pt#>. Acessado em: 21 mai. 2022

BICKEL, G. W *et al.* Measuring food security in the United States. Guide to measuring household food security. Revised 2000. **Alexandria**: United States Department of Agriculture, 2000. Disponível em:

<https://alliancetoendhunger.org/wp-content/uploads/2018/03/USDA-guide-to-measuring-food-security.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 7328, de 17 de fevereiro de 1945**. Art. 7º. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del7328.htm. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRASIL. Decreto n. 591, de 6 de julho de 1992. Atos Internacionais. **Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Artigo 11. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. **II Conferência Nacional De Segurança Alimentar e Nutricional**. 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_Alimentar_II/deliberacoes_2_conferencia_seguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.html. Acesso em: 23 jul. 2020.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica**: programa saúde da família: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Art. 2º. 2006a. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/conferencia/documentos/lei-de-seguranca-alimentar-e-nutricional>. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. CHAVES, L. G. **Políticas de Alimentação Escolar**. Brasília: Centro de Educação a Distância - CEAD. Universidade de Brasília, 2006b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/profunc/12_pol_aliment_escol.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia para acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família**. V. 2. Sistemas e procedimentos para acompanhamento das condicionalidades. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. **Fome Zero**: Uma História Brasileira. Organizadora: Adriana Veiga Aranha. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Assessoria Fome Zero. V.1, 2010a. 190p. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Fome%20Zero%20Vol1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. **Presidência da República Casa Civil - Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.** 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - Sisan com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, ano 147, n. 164, 26 ago. 2010c. Seção 1, p. 6-8. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7272.htm . Acesso em: 29 nov. 2020.

BRASIL. Estudo técnico nº 01/2014. **Escala brasileira de insegurança alimentar - EBIA:** Análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. MDS, 2014. Disponível em: https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/estudos_tecnicos/pdf/73.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Alimentar e Nutricional no Programa Bolsa Família.** Org. Denise Cavalcante de Barros *et al.* Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014a, p. 32. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/seguranca-alimentar-e-nutricional/educacao-alimentar-e-nutricional-no-programa-bolsa-familia/12-educacao-alimentar-e-nutricional-no-programa-bolsa-familia-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. Ministério Da Cidadania. **SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.** S/d. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/sistema-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional-sisan>. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN - São Paulo, SP : Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf> . Acessado em: 21 jul. 2022

BURITY, Valéria; FRANCESCHINI, Thaís; VALENTE, Flavio; RECINE, Elisabetta; LEÃO, Marília; CARVALHO, Maria de Fátima. Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional Brasília: **ABRANDH;** 2010.

CABRAL, C. S et al. Segurança alimentar, renda e programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 393-402, fev. 2014.

CARDOSO, A. S. et al. Body mass index and mortality among community-dwelling elderly of Southern Brazil. **Preventive Medicine**, v. 139, p. 106173, 2020. doi:10.1016/j.ypmed.2020.106173.

CARDOZO, Daiane Roncato *et al.* Padrões alimentares e (in)segurança alimentar e nutricional no Programa Bolsa Família. **Interações (Campo Grande)**. Campo Grande, v. 21, n. 2, abr. 2020, p. 363-377. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122020000200363&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

CARVALHAES, M. B. L. **Desnutrição e Cuidado Infantil**: Um Estudo de Casos e Controles. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.

CORREA, Ana Maria Segall. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estud. av.** São Paulo, v. 21, n. 60, ago. 2007, p. 143-154. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142007000200012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

DEON, Barbara Cecconi *et al.* Perfil de manipuladores de alimentos em domicílios. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 19, n. 05, pp. 1553-1559, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/44QSCBsnjWDjRH3GJSgVNtQ/?lang=pt#>. Acesso em: 08 maio 2022.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al.* Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 30, n. 1, pp. 161-174, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30n1/161-174/#>. Acesso em: 24 abr. 2022.

FAO. Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação. Directrices para la Formulación de Planes Nacionales de Acción para la Nutrición. **Conferência Internacional sobre Nutrição**. Roma: FAO, 1993. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 16 jan. 2021.

FAO. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. **SOFI**: O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil, 2015. FAO Brasil, out. 2015. Disponível em: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAO-countries/Brasil/docs/SOFI_Brasil_2015_final.pdf. Acesso em: 22 jul. 2020.

FAO-ONU. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). **América Latina y el Caribe - Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional**: Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Santiago: FAO-ONU, OPAS, 2016.

FAO. El Estado de la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. **Seguridad Alimentaria y Nutricional**. SOFI, 2020a. Disponível em: <http://www.fao.org/publications/sofi/2020/es/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

FAO. **Food and Agriculture Organization of the United Nations**. 2021. Disponível em: <http://www.fao.org>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FAO, FIDA, OPAS, PMA e UNICEF. 2021. Versão resumida de Panorama da segurança alimentar e nutricional na América Latina e no Caribe 2020. **Segurança alimentar e nutricional para os territórios mais atrasados**. Santiago. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53264/faopahoregionaloverviewfood_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 23 abr. 2022.

FONSECA, Diego de Lima. Morbimortalidade no Brasil. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2015, p. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00001.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

FRANCISCO, P.M.S.B.; ASSUMPÇÃO, D.; BORIM, F.S.; SENICATO, C.; MALTA, D.C. Prevalência e coocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. **Rev. Saúde Pública**. P.53-86, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/163424/157087>. Acessado em: 22 jul 2022.

GODOY, K *et al.* Food insecurity and nutritional status of individuals in a socially vulnerable situation in Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**. V. 22, n. 2, p. 607-16, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.17132016>. Acesso em: 07 maio 2022.

GUBERT, Muriel Bauermann; BENICIO, Maria Helena D'Aquino; SANTOS, Leonor Maria Pacheco dos. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. Cafajeste. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, agosto de 2010, p. 1595-1605. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2021.

GUBERT, Muriel Bauermann; PEREZ-ESCAMILLA, Rafael. Insegurança alimentar grave municipal no Brasil em 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 10, pp. 3433-3444. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n10/3433-3444/#>. Acesso em: 17 abr. 2022.

GUEDES, Amanda de Araújo Figueredo. What is the food and nutrition security situation of Santa Catarina municipalities? Results of a multidimensional assessment. **Revista de Nutrição**. 2020, v. 33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/SGCqS3dwxW9Rwt84jfSgSz/?lang=en#>. Acesso em: 09 abr. 2022.

GUERRA, Lúcia Dias da Silva; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria; BEZERRA, Aída Couto Dinucci. Alimentação: um direito humano em disputa - focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, sept. 2019, p. 3369-3394. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903369&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2020.

GUERRA, Lúcia Dias da Silva; BEZERRA, Aída Couto Dinucci; CARNUT, Leonardo. Da fome à palatabilidade estéril: 'espessando' ou 'diluindo' o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil? **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1231-1245, dez. 2020. Disponível em: https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000401231&lng=pt&nrm=iso Acessado em: 17 abr. 2022.

GURGEL, Aline do Monte *et al.* Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, v. 25, n. 12, pp. 4945-4956. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fKJKgrTtT7rg6xGHdCQtyC/?lang=pt#>. Acesso em: 17 abr. 2022.

HELLEBRANDT, D; ALLISON, E. H; DELAPORTE, A. Segurança alimentar e pesca artesanal: análise crítica de iniciativas na América Latina. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**. 2014. V. 32. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/made/article/view/35548>. Acesso em: 24 jan. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: segurança alimentar 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IBGE, 2011. **Censo Demográfico** | IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=conceitos-e-metodos>. Acessado em: 22 jul 22.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: segurança alimentar 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018**: Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Primeiro trimestre de 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2021_1tri.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

JAIME, Patrícia Constante *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V. 23, n. 6, june 2018, p. 1829-1836. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601829&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 29 mar. 2021.

KEPPLE, A. **Apoio à implementação e ao alcance de resultados da estratégia Fome Zero: relatório do produto 1.** Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: SAGI, 2010.

LEÃO, Marília. **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional.** Brasília: ABRANDH, 2013, 263 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf. Acesso em: 12 out. 2020.

LEÃO, M. M; RECINE, E. O direito humano à alimentação adequada. In: TADDEI, J. A; LANG, R. M. F; LONGOSILVA, G; TOLONI, M. H. A. **Nutrição em Saúde Pública.** São Paulo: Rubio, 2011, p. 471-488.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

MAAS, Nathalia Matties *et al.* Food insecurity in rural families in the extreme south of Brazil. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, jul. 2020, p. 2605-2614. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702605&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

MACHADO, Karla Pereira; VAZ, Juliana dos Santos; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés. Autopercepção positiva da alimentação: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** V. 28, n. 3, e2018197, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2019.v28n3/e2018197/#>. Acesso em: 15 maio 2022.

MELLER, Fernanda de Oliveira; MANOSSO, Luana Meller, SCHÄFER, Antônio Augusto. The influence of diet quality on depression among adults and elderly: A population-based study. **Journal of Affective Disorders** **282**. 1076-1081, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006). **Segurança Alimentar.** 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/seguranca_alimentar.php. Acesso em: 17 jan. 2021.

MONTEIRO, C. A *et al.* Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil** (C. A. Monteiro, org.), p. 247-255, 2. ed., São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

MONTEIRO, C. A *et al.* Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública.** V. 43, n. 1, 2009, p. 35-43.

MORAIS, Dayane de Castro; LOPES, Sílvia Oliveira; PRIORE, Sílvia Eloíza. Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, jul.

2020. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702687&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 jul. 2020.

NASCIMENTO, R. C. **A fome como uma questão social nas políticas públicas brasileiras**. IDEAS, n. 3, 2009, p. 197-225.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. 8 de setembro de 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Nova Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/>. Acesso em: 24 jan. 2021.

ORDONEZ, Ana Manuela; PAIVA, Andrei Valério. **Políticas públicas de alimentação e nutrição**. 2. ed. Porto Alegre: SER - SAGAH, 2017.

PANIGASSI, Giseli *et al.* Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição**. 2008, v. 21, n. suppl, pp. 135s-144s. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/FxMNHTRYXyYDXRWj9kQLj3g/?lang=pt#>. Acesso em: 15 maio 2022.

PAIVA, S. G. **Fatores de risco para doenças cardiovasculares em populações de quilombos contemporâneos do Brasil central parâmetros demográficos, socioeconômicos, ancestralidade genética e saúde**. Doutorado submetido a Universidade de Brasília, 2017. Disponível em: repositorio.unb.br/handle/10482/24069. Acesso em: 17 jan. 2021.

PÉREZ-ESCAMILLA, R *et al.* Prevention of childhood obesity and food policies in Latin America: from research to practice. **Obes Rev**. Jul 2017, 18 Suppl 2: 28-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28741904/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2020, Brasil**. 16 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/presscenter/articles/2020/pnud-faz-lancamento-nacional-do-relatorio-de-desenvolvimento-hum.html>. Acesso em: 24 jan. 2021.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IPEA e FJP. **Atlas do desenvolvimento Humano no Brasil, Ranking 2020**. IBGE, 2020a. Disponível em: <https://atlasbrasil.org.br/ranking>. Acesso em: 24 jan. 2021.

POBLACION, Ana *et al.* Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 37, n. 6, e00132320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00132320>>. Epub 23 June 2021. ISSN 1678-4464. Acesso em: 17 jan. 2022.

PREISS, Potira V; SHNEIDER, Sergio; COELHO-DE-SOUZA, Gabriela. **A Contribuição brasileira à segurança alimentar e nutricional sustentável**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020. 275 p. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/211291>. Acesso em: 24 abr. 2022.

RADIMER, K. I *et al.* Compreender a fome e desenvolver indicadores para avaliá-la em mulheres e crianças. **Journal Of Nutrition Education**. V. 24, n. 1, 36s-44s, 1992. Disponível em: <https://experts.illinois.edu/en/publications/understanding-hunger-and-developing-indicators-to-assess-it-in-wo>. Acesso em: 23 nov. 2020

SANTOS, Leonardo Pozza dos; GIGANTE, Denise Petrucci. Relationship between food insecurity and nutritional status of Brazilian children under the age of five. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 16, n. 04, pp. 984-994, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702089>. Acessado em: 15 mar 2021.

SANTOS, L. P *et al.* Proposta de versão curta da escala brasileira de insegurança alimentar. **Revista Saúde Pública**. V. 48, n. 5, p. 783-789, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2014.v48n5/783-789/pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.

SANTOS, L. P *et al.* Comparação entre duas escalas de segurança alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 19, n. 01, p. 279-286, 2014a. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2014.v19n1/279-286/#>. Acesso em: 23 nov. 2020.

SANTOS, Lídia Viegas Tenório da Silva; CÁCERES, Larissa de Azevedo; PEGOLO, Giovana Eliza. Insegurança Alimentar, consumo de alimentos e estado nutricional de mulheres de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Interações (Campo Grande)**. V. 20, n. 3, pp. 831-844, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/KBg9tqgptF5c3YF8tnj9y3J/?lang=pt#>. Acesso em: 24 abr. 2022.

SANTOS, L. P *et al.* Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de Covid-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 37, p. e00268520, 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1385/tendencias-e-desigualdades-na-inseguranca-alimentar-durante-a-pandemia-de-covid-19-resultados-de-quatro-inqueritos-epidemiologicos-seriados>. Acesso em: 15 maio 2022.

SCHÄFER, Antonio Augusto; SANTOS, Leonardo Pozza; MANOSSO, Luana Meller; QUADRA, Micaela Rabelo; MELLER, Fernanda Oliveira. Relationship between sleep duration and quality and mental health before and during COVID-19 pandemic: Results of population-based studies in Brazil. **Journal of Psychosomatic Research**. 2022

SCHOTT, Eloise *et al.* Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PM9zqN3ddYZXXQFZYNxcrFP/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 maio 2022.

SEGALL-CORREA, Marin-Leon L *et al.* Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Rev Nutr.** 2008, 21 (supl 0):39s-51s.

SILVA, Alberto Carvalho da. De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. **Estud. av.** São Paulo, v. 9, n. 23, apr. 1995, p. 87-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jan. 2021.

SILVA, Mercês de Fátima dos Santos; NUNES, Everardo Duarte. Josué de Castro e o pensamento social brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 22, n. 11, 2017, p. 3677-3688. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n11/3677-3688/#>. Acesso em: 15 nov. 2020.

SORDI, Denise Nunes de. **Reformas nos programas sociais brasileiros: solidariedade, pobreza e controle social (1990 - 2014)**. 2019. 316 f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/24774/1/ReformasProgramasSociais.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SORDI, Denise de; GONÇALVES, Wenceslau. A Educação nos Programas Sociais Brasileiros: pobreza e trabalho¹ Este artigo apresenta os resultados da pesquisa Trabalho e Ensino Formal: O papel da educação na dimensão dos programas de distribuição condicionada de renda, desenvolvida no âmbito do PPGE/UNIUBE em estágio pós-doutoral, sob a supervisão do Prof. Dr. Wenceslau Gonçalves Neto. **Educação & Realidade**. 2021, v. 46, n. 03. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edreal/a/ySK7PwxBPTdMqf47MgDyjMJ/?lang=pt#>. Acesso em: 23 abr. 2022.

SOUZA, Bittencourt L *et al.* Factors associated with food insecurity in households of public school students of Salvador City, Bahia, Brazil. **J Health Popul Nutr.** V. 31, n. 4, p. 471-479, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3905641/>. Acesso em: 29 nov. 2020.

SOUZA, Bruna Fernanda do Nascimento Jacinto de *et al.* Food insecurity, food expenses and consumption of sugar and soft drinks in households with and without children and/or adolescents. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 34, e200127, 2021. Disponível em: https://old.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732021000100325&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 07 maio 2022.

VALENTE, F. L. S. **Direito Humano à Alimentação - desafios e conquistas**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**. V. 12, n. 1, 2003, p. 51-60.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas à Lula. **Revista de Nutrição**. Campinas, v.18, n.4, 2005, p. 439-457.

WOLFE, W. S; FRONGILLO, E. A. Building household food security measurement tools from the ground up. **Food Nutr Bull**. V. 22, 2001, p. 5-12 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0449.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Expert Committee on Physical Status: the Use and Interpretation of Anthropometry: report of a WHO expert committee**. Genebra: WHO, 1995.

WHO. World Health Organization. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_decaration_portuguese.pdf. Acesso em: 29 nov. 2020.

APÉNDICE (S)

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
PESQUISA SAÚDE DA POPULAÇÃO CRICIUMENSE**



NQUES: _____

IDENTIFICAÇÃO	CODIFICAÇÃO
Número do setor: _____ <u>Endereço</u> Rua: _____ Número: _____ (1) casa (2) apartamento → número: _____ Bairro: _____	nset _____ tipom ____ bairro ____
Data da entrevista: ____/____/____	de ____/____/____
Número do(a) entrevistador(a): _____	nent ____
Quantas pessoas com 18 anos ou mais moram neste domicílio? ____ pessoa(s)	nadul ____
Número da pessoa: _____	npes ____
BLOCO A – GERAL	
A1. Qual o seu nome completo? _____	
A2. Sexo (<i>OBSERVADO PELO(A) ENTREVISTADOR(A)</i>) (1) Masculino (2) Feminino	A2 ____
A3. Qual a sua idade? ____ anos	A3 ____
A6. O(a) senhor(a) mora com cônjuge ou companheiro(a)? (0) Não (1) Sim	A6 ____
A7. Qual o seu estado civil?	

<p>(1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/união estável (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Viúvo(a)</p>	A7 __
<p>A8. Qual a cor da sua pele?</p> <p>(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Não sabe ou não quis responder</p>	A8 __
<p>A13. O(a) senhor(a) tem filho ou filha?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A PERGUNTA A15 (1) Sim</p> <p><u>SE SIM:</u> A13a. Quantos? __ __ filho(s) (88) Não se aplica</p>	A13 __ A13a __ __
<p>A15. O(a) senhor(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? (<i>SE ESTIVER GRÁVIDA, PERGUNTE O PESO ANTES DE ENGRAVIDAR</i>) __ __ Kg (999) Não sabe ou não quis informar</p>	A15 __ __ __
<p>A19. Qual a altura do(a) senhor(a)? __ m __ cm (999) Não sabe ou não quis informar</p>	A19 __ __ __
<p>BLOCO C – SOCIOECONÔMICO</p> <p>Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa.</p>	
<p>C1. A casa onde o(a) senhor mora é:</p> <p>(1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Pensão/pensionato, hotel (5) Outro: _____</p>	C1 __
<p>C19. Qual é a escolaridade do chefe da família? (Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda da família)</p> <p>(0) Analfabeto/Fundamental I incompleto (1) Fundamental I completo/fundamental II incompleto (2) Fundamental II completo/médio incompleto (3) Médio completo/superior incompleto (4) Superior completo (9) Não sabe</p>	C19 __

<p>C22. Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)? (SE NECESSÁRIO, LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA)</p> <p>(1) Menos de R\$ 500,00 (2) De R\$ 500,00 a 1.000,00 (3) De R\$ 1.001,00 a 2.000,00 (4) De R\$ 2.001,00 a 4.000,00 (5) De R\$ 4.001,00 a 6.000,00 (6) De R\$ 6.001,00 a 8.000,00 (7) De R\$ 8.001,00 a 10.000,00 (8) De R\$ 10.001,00 a 20.000,00 (9) Mais de R\$ 20.000,00 (88) Não tem renda (99) Não quis informar</p>	C22__
BLOCO H - SEGURANÇA E HÁBITO ALIMENTAR	
<p>AS PERGUNTAS H1 ATÉ H15 DEVERÃO SER RESPONDIDAS APENAS PELO CHEFE DA FAMÍLIA. SE NÃO FOR O CHEFE DE FAMÍLIA, VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16. PERGUNTAR PARA O(A) ENTREVISTADO(A) SE ELE(A) É O CHEFE DA FAMÍLIA, EXPLICANDO QUE CHEFE DA FAMÍLIA É A PESSOA QUE CONTRIBUI COM A MAIOR PARTE DA RENDA DA FAMÍLIA.</p> <p>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) senhor(a) e de sua família.</p>	
<p>H1. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) senhor(a) teve a preocupação de que a comida acabasse antes que tivesse dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H1 __
<p>H2. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os alimentos acabaram antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H2 __
<p>H3. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H3 __

<p>H4. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) senhor(a) ou algum morador deste domicílio comeu apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H4 __
<p>H5. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H5 __
<p>H6. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que deveria, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H6 __
<p>H7. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (1) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H7 __
<p>H8. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H8 __
<p>H9. Neste domicílio, reside algum morador com menos de 18 anos de idade?</p> <p>(0) Não → VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16 (1) Sim (2) Não se aplica (não é o chefe da família)</p>	H9 __

<p>H10. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(s) morador(s) com menos de 18 anos de idade não pôde (puderam) ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H10 __
<p>H11. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(s) morador(s) com menos de 18 anos de idade comeu(comeram) apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H11 __
<p>H12. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que o(a) senhor(a) achou que deveria, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H12 __
<p>H13. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H13 __
<p>H14. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H14 __

<p>H15. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não é o chefe da família) (8) Não se aplica (não há morador com menos de 18 anos)</p>	H15 __																		
Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares																			
<p>H16. Como o(a) senhor(a) considera a sua alimentação? Para responder esta pergunta, não pense na quantidade de alimentos nem nas marcas dos produtos, e sim se sua alimentação é variada e com alimentos como carnes, peixes, legumes, verduras e frutas.</p> <p>(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	H16 __																		
<p>H17. Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer:</p> <table data-bbox="204 1137 930 1429" style="width: 100%;"> <tr> <td>a. Café da manhã</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>b. Lanche no meio da manhã</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>c. Almoço</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>d. Lanche ou café da tarde</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>e. Jantar ou café da noite</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> <tr> <td>f. Ceia ou lanche antes de dormir</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> </tr> </table>	a. Café da manhã	(0) Não	(1) Sim	b. Lanche no meio da manhã	(0) Não	(1) Sim	c. Almoço	(0) Não	(1) Sim	d. Lanche ou café da tarde	(0) Não	(1) Sim	e. Jantar ou café da noite	(0) Não	(1) Sim	f. Ceia ou lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim	H17a __ H17b __ H17c __ H17d __ H17e __ H17f __
a. Café da manhã	(0) Não	(1) Sim																	
b. Lanche no meio da manhã	(0) Não	(1) Sim																	
c. Almoço	(0) Não	(1) Sim																	
d. Lanche ou café da tarde	(0) Não	(1) Sim																	
e. Jantar ou café da noite	(0) Não	(1) Sim																	
f. Ceia ou lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim																	
AGRADEÇA A ATENÇÃO, DIGA QUE A EQUIPE DE PESQUISA ESTÁ À DISPOSIÇÃO PARA PRESTAR ALGUM TIPO DE ENCAMINHAMENTO E ANOTE OS NÚMEROS DE TELEFONE PARA CONTATO NA PRÓXIMA PÁGINA.																			

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Saúde da população criciumense.

Objetivo: Analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC.

Período da coleta de dados: março a agosto de 2019.

Tempo estimado para cada coleta: 50 minutos.

Local da coleta: Domicílios da cidade de Criciúma-SC.

Pesquisadores: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer.
Prof.^a Dra. Fernanda de Oliveira Meller.

Telefone: (48) 34312609

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.

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 dos dados será realizada no domicílio sorteado com os adultos residentes com 18 anos de idade ou mais. O(A) senhor(a) responderá a um questionário contendo informações sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e de saúde. Este questionário será aplicado por entrevistador treinado, em um tempo estimado de, 50 minutos.</p>
--

RISCOS

<p>Não haverá nenhum exame e/ou medida invasiva aos participantes da pesquisa. Os possíveis riscos da pesquisa são o desconforto ou constrangimento em respostas alguma pergunta do questionário, porém, sendo detectados, a entrevista poderá ser encerrada imediatamente. Outro risco seria a quebra de sigilo dos dados, porém, os autores garantirão total confidencialidade dos dados coletados.</p>

BENEFÍCIOS

<p>Os benefícios são que, através dos resultados desta pesquisa, será possível contribuir com a implementação de ações e planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde a nível municipal, visando fornecer melhor assistência à população da cidade.</p>
--

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessária, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 itens 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 os pesquisadores Antônio Augusto Schäfer

e Fernanda de Oliveira Meller pelo telefone (48) 34312609 e/ou pelos e-mails antonioaschafer@unesc.net e fernandameller@unesc.net.

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
<hr/> Assinatura	<hr/> Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Nome: Fernanda de Oliveira Meller CPF: 019.604.120.19

Criciúma (SC), ____ de _____ de 2019.

ANEXO (S)

ANEXO A - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM HUMANOS DA UNESC

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE DA POPULAÇÃO CRICIUMENSE

Pesquisador: Fernanda de Oliveira Meller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04033118.4.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.084.521

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que será conduzido por pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e bolsistas de iniciação científica no período de março a maio de 2019. Os dados serão coletados através de um questionário único, pré-codificado e padronizado, contendo informações sociodemográficas, comportamentais, antropométricas e de saúde dos indivíduos estudados. Todas as informações serão coletadas por entrevistadores devidamente treinados. Para a seleção dos domicílios, serão selecionados sistematicamente uma média de 10 domicílios por setor, com probabilidade proporcional ao número de domicílios no setor, totalizando cerca de 750 domicílios.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as condições de saúde e fatores associados em adultos (18 anos de idade ou mais) residentes na zona urbana de Criciúma-SC.

Objetivos Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas, comportamentais e antropométricas dos participantes;

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 3.084.521

- Avaliar o perfil de saúde dos participantes;
- Investigar a prevalência de depressão e seus fatores associados;
- Avaliar a prevalência de bruxismo e sua associação com o estresse;
- Descrever o consumo alimentar dos participantes;
- Descrever a frequência e os fatores associados à insegurança alimentar;
- Estudar a autopercepção de alimentação saudável;
- Investigar a influência de fatores ambientais sobre o nível de atividade física total, de lazer e de deslocamento;
- Caracterizar a utilização de serviços de Educação Física, no formato de aulas, bem como a descrição dos indivíduos que não utilizam estes serviços;
- Investigar a prevalência de doenças respiratórias crônicas e os seus principais fatores associados. Avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde pelos indivíduos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na presente pesquisa não serão realizados procedimentos invasivos portanto, resguardado o sigilo dos dados pessoais dos participantes e que a aplicação do questionário e a aferição das medidas sejam realizadas em local reservado e confortável, a presente pesquisa não apresenta maiores riscos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa poderá contribuir com a implementação e o planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, visando fornecer melhor assistência à população da cidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Recomendações:

Recomendamos que ao término da pesquisa seja postado na plataforma Brasil o relatório final de pesquisa e que os dados sejam disponibilizados aos gestores municipais para contribuir no planejamento das ações de saúde do município.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente pesquisa não apresenta pendências ou inadequações.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 3.084.521

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1270593.pdf	05/12/2018 09:32:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/12/2018 09:32:07	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Folha de Rosto	PopCrici.pdf	05/12/2018 09:30:15	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/12/2018 15:22:43	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Outros	Questionario.pdf	04/12/2018 15:22:34	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/12/2018 15:21:42	Fernanda de Oliveira Meller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 14 de Dezembro de 2018

Assinado por:
RENAN ANTONIO CERETTA
(Coordenador(a))