

Prevalência de insegurança e consumo alimentar em famílias do programa de aquisição de alimentos

Prevalence of insecurity and food consumption in families food purchase program

Chirle de Oliveira Raphaelli¹, Shanda de Freitas Couto², Gisele Ferreira Dutra³, Alessandra Doumid Borges Pretto⁴, Janaína Vieira dos Santos Motta⁵, Andrea Wander Bonamigo⁶

Resumo

Pouco se monitora e se avalia a situação de insegurança alimentar e nutricional, especialmente, a fim de verificar a efetividade das ações governamentais. O objetivo desse trabalho foi estimar a prevalência de insegurança alimentar e de consumo das famílias inscritas no Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar em São Lourenço do Sul (RS). Tratou-se de estudo transversal, realizado entre janeiro e março de 2012, envolveu todas as famílias inscritas no Programa de Aquisição de Alimentos de São Lourenço do Sul (RS). A insegurança alimentar foi avaliada com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, versão longa, classificando as famílias em segurança ou insegurança alimentar (leve, moderada ou grave). O consumo foi identificado pelo questionário de avaliação dos marcadores de consumo alimentar. Das 830 famílias inscritas no Programa, 585 foram entrevistadas (70,5%) e 80% estavam em situação de insegurança alimentar. O consumo familiar de feijão, cereais e ovos foi elevado e, de frutas, legumes e verduras foi reduzido. Conclui-se que a prevalência de insegurança alimentar nas famílias é elevada e o consumo de marcadores da alimentação saudável é baixo para o grupo de frutas. Os dados servirão para direcionar ações a nível municipal.

Palavras chave: Consumo de alimentos. Segurança alimentar e nutricional. Políticas públicas.

Abstract

Little is monitored and assesses the situation of food and nutritional insecurity, especially in order to verify the effectiveness of governmental actions. The aim of this study was to estimate the prevalence of food insecurity and consumption of the families enrolled to the Family Agriculture Food Acquisition Programme in São Lourenço do Sul (RS). A cross-sectional study was conducted between January and March 2012, involved all families enrolled in the Food Acquisition Program of São Lourenço do Sul (RS). Food insecurity was assessed with the Brazilian Food Insecurity Scale, long version, classifying families in food security or insecurity (mild, moderate or severe). Consumption was identified by the questionnaire evaluating food consumption markers. Of the 830 families attached to the program, 585 were interviewed (70.5%) and 80% were food insecure. The household consumption of beans, cereals and eggs was high and fruit and vegetables were reduced. In conclusion, the prevalence of food insecurity in the families is high and the consumption of healthy food markers is low for the fruit group. The data will be used to guide actions at the municipal level.

Keywords: Food consumption. Food security. Public policies.

¹Doutoranda em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: chirleraphaelli@hotmail.com

²Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Bioquímica da Universidade Federal do Pampa, Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil. Docente da Universidade Federal do Pampa, Itaqui, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Doutorado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Nutricionista da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴Doutorado em Saúde e Comportamento, pela Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Docente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵Doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Docente da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁶Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Docente na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Introdução

A segurança alimentar e nutricional (SAN) é garantida através de uma questão coletiva e de um conjunto de necessidades, com base em práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis⁽¹⁾. O conceito de SAN abrange, entre outros atributos, o acesso aos alimentos em termos quantitativos e qualitativos de maneira regular e permanente^(2,3). Na falta desse conjunto, a insegurança alimentar e nutricional (ISAN) pode se manifestar sob diversas formas, como doenças associadas à má alimentação, à fome e ao consumo de alimentos prejudiciais à saúde⁽⁴⁾.

Diversas ações e programas governamentais visam reduzir as situações que ferem o direito humano à alimentação adequada e saudável⁽⁵⁾. Ações do Ministério do Desenvolvimento Social, integradas e articuladas a outras instâncias, incluem o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar chamado de Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). Esse contribui para: o acesso aos alimentos em quantidade, qualidade e regularidade necessárias às populações em situação de ISAN; a formação de estoques estratégicos de alimentos, especialmente por organizações da agricultura familiar; a manutenção, pelos agricultores familiares, de estoques para seus produtos, a fim de que sejam comercializados a preços mais justos; a promoção da inclusão social no campo por intermédio do fortalecimento da agricultura familiar⁽⁶⁾. Além disso, o programa promove o abastecimento alimentar por meio de compras governamentais de alimentos; fortalece circuitos locais e regionais e redes de comercialização; valoriza a biodiversidade e a produção orgânica e agroecológica de alimentos; incentiva hábitos alimentares saudáveis e estimula o cooperativismo e o associativismo.

Diversos indicadores têm sido utilizados no monitoramento das políticas públicas e como forma de identificar as situações de ISAN, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é frequentemente empregada⁽⁷⁾. Essa escala foi utilizada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁽⁸⁾ em 2004, identificando a ISAN na população brasileira, porém, sem delimitar a população de um ou outro programa específico. A EBIA fornece informações estratégicas para a gestão de políticas e programas sociais, pois identifica e quantifica os grupos sociais em risco de insegurança alimentar⁽⁹⁾.

No Brasil, a implementação do programa referido na esfera municipal, especialmente no âmbito da população recebedora da doação simultânea de alimentos do PAA, não está documentada na literatura. Além disso, poucos recursos são investidos para subsidiar o monitoramento e a avaliação da situação de ISAN a fim de verificar a efetividade das ações governamentais⁽¹⁰⁾. Assim, objetiva-se estimar a prevalência de insegurança alimentar, bem como descrever os marcadores de consumo alimentar das famílias inscritas no PAA em São Lourenço do Sul (RS).

Material e método

Estudo transversal, realizado de janeiro a março de 2012, com famílias inscritas no PAA no município de São Lourenço do Sul, que se localiza na região sul do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil; tem área de 2041,54 km², 43.114 habitantes, sendo 54,2% da população residente na zona rural⁽¹¹⁾. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de 0,687, taxa de analfabetismo de 5% em maiores de 15 anos e expectativa de vida de 71,6 anos⁽¹²⁾. Sua economia baseia-se na agricultura (pequenas propriedades) e, em menor parte, no comércio. Os serviços socioassistenciais são desenvolvidos por um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e uma equipe volante de Assistência Social.

A população inscrita no PAA municipal, em 2012, em São Lourenço do Sul, que recebeu alimentos do Programa pela modalidade de compra com doação simultânea, fez um total de 830 famílias⁽¹³⁾. Essas famílias foram distribuídas por região demográfica e divididas conforme as dez centrais de distribuição dos alimentos chamadas de Comunidades Religiosas (uma na zona rural - 3,5% de beneficiários e nove na zona urbana - 96,5% de beneficiários), no momento da inscrição da família recebedora no Programa, sendo direcionadas à comunidade mais próxima de sua residência para o recebimento dos alimentos. Os critérios de inclusão no estudo foram: ser titular da família, estar cadastrado no PAA municipal e ter endereço registrado na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Habitação; no critério de exclusão encaixaram-se os indivíduos que apresentavam dificuldade de entendimento e comunicação verbal que os incapacitasse a responder o questionário. Os titulares das famílias

inscritas no PAA foram convidados a participar por meio de convites entregues pelos agentes comunitários de saúde nas suas residências. A entrevista individual com o titular da família foi realizada por servidores municipais envolvidos nas atividades do Programa. Cada família era representada legalmente por um titular, que era a pessoa responsável pelo núcleo familiar inscrita no PAA, geralmente a matriarca da família. Os elegíveis para entrevista foram os titulares presentes no dia da entrega de alimentos às famílias nas 10 comunidades. Para evitar perdas amostrais foram realizadas duas visitas em cada comunidade a fim de se alcançar o máximo de titulares respondentes no período de coleta de dados.

Por meio de um questionário, obtiveram-se informações dos desfechos (ISAN e consumo alimentar familiar) e das variáveis de exposição do titular da família: comunidade de moradia (zona rural ou urbana), idade em anos (≤ 20 , 21 a 30, 31 a 50 ou ≥ 51 anos); escolaridade (nenhum estudo, 1 a 4, 5 a 8 ou ≥ 9 anos), sexo (homem, mulher); cor da pele (categorizada em branca e não branca), peso e altura autorreferidos e variáveis familiares como renda familiar per capita em salários mínimos (até 1/2, 1/2 -1 ou >1), número de pessoas na residência (até 3 ou >3), número de menores de 18 anos moradores da residência (nenhum, 1, 2 ou ≥ 3), número de refeições realizadas pela família no dia anterior à entrevista (até 2, 3 ou ≥ 4), produção de alimentos em casa, avaliada de acordo com o cultivo de hortas e criação de animais para consumo familiar (sim ou não), uso de cascas de alimentos (sim ou não), uso de talos (sim ou não) para o preparo da alimentação da família.

Para investigação de ISAN familiar utilizou-se a EBIA composta por 15 questões, escala validada para a população brasileira^(7,14). No momento da aplicação da escala, os indivíduos foram orientados a responderem as questões pensando no período relativo aos noventa dias anteriores à entrevista. Com isso, foi possível a caracterização da situação ISAN da família em seus distintos graus (ausente, leve, moderada e grave), diferenciando em famílias com ou sem moradores menores de 18 anos na residência. A EBIA gera um escore que varia de 0 a 15 em que cada resposta positiva corresponde a um ponto e negativa não pontua. No primeiro grupo, sem menores residentes no domicílio, ISAN leve foi definida quando a soma totalizou de um a três pontos, moderada para aqueles domicílios que somaram de quatro a seis pontos e a grave para a soma de sete a oito pontos. Já para classificar as famílias

com menores de 18 anos, a pontuação para ISAN leve, moderada ou grave foi, respectivamente, para somas de um a cinco pontos, de seis a dez pontos e de onze a quinze pontos. Independente da presença ou não de menores de 18 anos, a ausência de insegurança alimentar ou segurança alimentar foi definida para aquelas famílias com respostas negativas em todas as questões somando zero pontos^(7,8,14).

Os marcadores de consumo alimentar das famílias foram identificados por questionário adaptado e baseado no proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)⁽¹⁵⁾. Segundo este, os alimentos que identificam uma alimentação saudável são: legumes e verduras; frutas; feijão e leguminosas; leite, iogurte ou queijo (derivados); carnes em geral (gado, frango, peixe ou miúdos); ovos; e cereais (macarrão, arroz, batata ou mandioca). Por outro lado, os alimentos marcadores de consumo não saudável são: embutidos (salsicha, mortadela, linguiça, hambúrguer ou salame); salgadinhos de pacotes ou biscoitos recheados ou biscoitos doces; doces ou guloseimas (balas, chocolates, pirulitos ou chicletes) e refrigerantes. Estas informações foram obtidas a partir do número de vezes que a maioria dos indivíduos da família consumiu determinado alimento ou bebida durante os últimos sete dias anteriores à entrevista, desconsiderando o número de porções no dia, ou quantidade em gramas. Os critérios para o consumo de marcadores de alimentação saudável foram: feijão e leguminosas, cinco ou mais vezes na semana, frutas frescas ou salada de fruta, leite ou iogurte, cereais, legumes ou verduras, e carnes em geral e ovos, consumo diário. Já para os marcadores de alimentação não saudável: embutidos, refrigerantes, doces e guloseimas, salgadinhos, até duas vezes na semana. Tais critérios de avaliação dos marcadores de consumo alimentar da família e a classificação do estado nutricional basearam-se nas recomendações do Ministério da Saúde^(15,16).

Em material e métodos, parágrafo seis: Os dados coletados foram digitados duplamente no Epi Info 6.04d e analisados no STATA 13.0. A análise descritiva consistiu em cálculos de média e desvio-padrão para variáveis numéricas e de proporções e intervalos de confiança de 95% para as categóricas com teste qui-quadrado de Pearson considerados significativos valores de $p < 0,05$. O estudo foi previamente autorizado pelo Gestor Municipal e pelo titular da família através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No momento da coleta de dados

garantiu-se aos entrevistados a manutenção do sigilo individual e a liberdade de recusa à pesquisa, completa ou parcialmente. Este foi vinculado às atividades profissionais sem intuito inicial de publicação dos dados e não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa, não havendo conflito de interesses.

Resultados

Das 830 famílias inscritas no PAA de São Lourenço do Sul, RS, 585 titulares das famílias foram entrevistados (70,5%) nas 10 comunidades. A tabela 1 apresenta as características da amostra pesquisada. A média de idade dos titulares das famílias respondentes foi de 43,3 (DP \pm 15 anos). A maioria dos titulares era mulher, de cor branca, 31 a 50 anos, com baixa renda per capita familiar, apresentando ganho médio de R\$150,30 (DP \pm 129 reais) mensais por pessoa da família. Mais de dois terços dos titulares estavam com excesso de peso (63,3%), 64,7% das famílias realizaram 4 ou mais refeições no dia anterior à entrevista e 17,4% das famílias relataram produzir algum alimento em casa (cultivar hortas e/ou criar animais para consumo próprio).

Tabela 1 - Descrição da amostra estudada, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=585). Table 1 - Description of the studied sample, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n = 585)

Características da amostra	n	Prevalência (%)
Comunidade		
Zona Urbana	568	97,1
Zona Rural	17	2,9
Idade do titular da família em anos		
\leq 20	15	2,6
21-30	127	21,7
31-50	264	45,1
\geq 51	179	30,6
Escolaridade do titular da família em anos completos		
0	31	7,3
1-4	148	35,5
5-8	176	42,2
\geq 9	62	14,9
Sexo do titular da família		
Masculino	31	5,3
Feminino	554	94,7

Cor da pele do titular da família		
Branca	357	61,7
Não branca	222	38,3
Estado nutricional do titular da família*		
Baixo peso	18	3
Estrófico	197	33,7
Excesso de peso	370	63,3
Renda familiar per capita em salários mínimos**		
Até ½	494	84,9
½ -1	37	6,4
>1	51	8,8
Número de pessoas da residência		
Até 3	304	52,1
Mais de 3	280	47,9
Número de menores de 18 anos na residência		
Nenhum	140	23,9
1	182	31,1
2	149	25,5
3 ou mais	114	1,5
Número de refeições da família***		
Até 2	38	6,5
Três	168	28,8
4 ou mais	378	64,7
Produção de alimentos em casa****		
Sim	102	17,4
Não	475	81,2

* Classificação baseada na Organização Mundial da Saúde de acordo com a faixa etária.

**Salário mínimo nacional em 2012 de R\$ 622,00 divididos pelo número de pessoas na família.

***Número de refeições realizadas pela família no dia anterior à entrevista.

****Perguntas referentes ao cultivo de hortas e criação de animais para consumo da família.

A tabela 2 apresenta a prevalência de ISAN nos domicílios com ou sem moradores menores de 18 anos. O total de ISAN foi de 80%, sendo de 80,2% nos domicílios sem moradores menores de 18 anos e de 80,9% nos domicílios com menores, sem diferença estatística. A prevalência de ISAN foi elevada, especialmente na situação leve. Quando se compara a prevalência de ISAN total das famílias com e sem moradores menores de 18 anos na residência, verifica-se que a presença de menores no lar aumenta a probabilidade de ter algum grau de ISAN (p=0,01).

Dados sobre uso de cascas e talos no preparo da refeição familiar não foram apresentados em tabelas. Do total dos respondentes, 58,4% das famílias relataram utilizar talos e 23% cascas. Dentre as famílias com moradores menores de 18 anos e em situação de ISAN, 59,1% utilizam talos e 25% aproveitam cascas no preparo da refeição familiar ($p=0,01$). Nos domicílios sem menores e com ISAN estes percentuais são de 58,9% e 25,2% respectivamente ($p<0,01$).

Tabela 2 - Prevalência de insegurança alimentar de acordo com o tipo de domicílio e número de moradores menores de 18 anos. São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=585). Table 2 - Prevalence of food insecurity according to the type of domicile and number of inhabitants under 18 years. São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n = 585).

ISAN**	Domicílio		p*	Número de menores de 18 anos no domicílio				p*
	Sem < 18 anos	Com < 18 anos		0	1	2	3 ou mais	
	n (%)	n (%) 445		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Ausente	33 (23,6)	83 (18,7)	0,01	33 (23,6)	37 (20,3)	27 (18,1)	19 (16,7)	0,69
Leve	47 (33,6)	149 (33,5)		47 (33,6)	67 (36,8)	45 (30,2)	37 (32,5)	
Moderada	32 (22,8)	129 (29,0)		32 (22,9)	49 (26,9)	44 (29,5)	36 (31,6)	
Grave	28 (20,0)	84 (18,8)		28 (20,0)	29 (15,9)	33 (22,1)	22 (19,3)	

*Teste do qui quadrado entre a categoria ausente e agrupada (leve, moderada e grave).**ISAN: insegurança alimentar

A tabela 3 apresenta os marcadores de consumo alimentar familiar. O consumo de feijão ou outras leguminosas, bem como de cereais, mostrou-se adequado por quase 90% do relato dos beneficiários. Entretanto, apenas 24,2% destes atingiam a recomendação diária de consumo de frutas. A adequação do consumo dos marcadores não saudáveis foi frequente nas famílias pesquisadas, ou seja, em torno de 80% das famílias consome no máximo duas vezes na semana os alimentos marcadores de consumo não saudável como embutidos, refrigerantes, doces e guloseimas, salgadinhos.

Tabela 3 - Marcadores do consumo alimentar da população estudada por grupo de alimentos conforme recomendação do Ministério da Saúde, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=585). Table 3 - Food consumption markers of the studied population by food group as recommended by the Ministry of Health, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n = 585)

Marcadores de consumo alimentar familiar*	N	Famílias que atingem adequação de consumo (%)
Saudáveis		
Feijão e leguminosas	513	88,9
Legumes e verduras	223	38,2
Frutas	140	24,2
Leite, iogurte ou queijo	371	65
Carnes em geral (exceto ovos)	243	41,9
Ovos	98	16,7
Cereais	523	90,6
Não saudáveis		
Embutidos	442	78,5
Refrigerantes	496	87,3
Doces e guloseimas	489	88,4
Salgadinhos ou biscoitos	478	86,8

*Marcadores de consumo alimentar familiar: baseado no questionário do SISVAN.

Discussão

Dados da população brasileira sobre ISAN Familiar são conhecidos desde 2004 com a inserção da EBIA na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁽⁸⁾. A validade desta escala foi confirmada nas cinco regiões do Brasil e utilizada nacionalmente^(8,14). A ISAN apresenta-se em um gradiente de severidade, iniciando pelo receio da pessoa de que a família venha a sofrer privação alimentar no futuro próximo, passando pelo comprometimento da qualidade da dieta e pela limitação da quantidade de alimentos consumidos no domicílio, chegando até o nível mais grave da ISAN, que é fome entre adultos e/ou crianças da família⁽¹⁴⁾.

Porém, essas informações são desconhecidas nas famílias inscritas no PAA, programa criado para promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar da região.

Existe a possibilidade de encontrar uma prevalência de ISAN mais alta nas famílias que são atendidas pelo PAA em comparação com outras não beneficiárias de programas sociais e isso foi considerado ao longo da discussão dos dados. As taxas de ISAN aqui apresentadas foram comparadas às taxas verificadas em populações em vulnerabilidade social, como aquelas atendidas pelo PBF de forma que, quando comparados os dados com estudo na população em geral, este dado ficou evidente.

Outros estudos têm investigado a situação de insegurança alimentar em populações em vulnerabilidade social⁽³⁾. Autores⁽¹⁷⁾ caracterizaram 62% de famílias, com crianças de até 60 meses matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, com ISAN predominando a situação leve (33,4%). Em estudo com crianças menores de 5 anos, o fato de receber o benefício do Programa Bolsa Família (PBF) foi associado inversamente com a ISAN⁽³⁾.

Em relação às características da amostra, verifica-se que as mulheres predominam como beneficiárias titulares do Programa, ou seja, elas representam a família na condição de receber o benefício. Logo, programas de transferência de renda, implementados na maioria dos países da América Latina, tendem a privilegiar as mulheres na titularidade desse benefício, pelo fato delas assumirem o papel de cuidadoras e responsáveis pelas condições de bem-estar das famílias. No Brasil, a maioria dos titulares do PBF é mulher⁽¹⁸⁾. Mesmo assim, existe associação direta entre a prevalência de ISAN e famílias cujo chefe é do sexo feminino. Estudo realizado em Pelotas (RS) apresentou uma forte associação entre a presença de ISAN e domicílios que tinham mulheres como chefe da família, sendo que a insegurança foi quase duas vezes maior nessas famílias do que naquelas onde ambos os sexos ou somente homens se consideravam como chefes⁽¹⁹⁾. Famílias chefiadas por mulheres, entre 31 e 50 anos, com baixa renda per capita familiar e beneficiários do PBF estão entre as mais susceptíveis a estarem em ISAN⁽²⁰⁾.

A distribuição demográfica entre zona urbana e rural condiz com a distribuição demográfica das comunidades, sendo que a população da zona rural tem menor número de beneficiários quando comparada com a da zona urbana. Convém ressaltar que a existência

de beneficiários em uma comunidade de zona rural é incomum, por este ser o local onde geralmente acontece a produção de alimentos. Ratificando essa assertiva, a cultura de alimentos para consumo familiar, em horta doméstica, ou a criação de animais (frango, suíno, entre outros) foi pouco difundida entre os beneficiários. Corroborando esse achado, a literatura reforça que grupos rurais localizados em zonas mais pobres do país contam com escassos rendimentos financeiros e que muitas vezes os indivíduos dispensam grandes esforços para assegurar uma dieta alimentar satisfatória. Além disso, existem evidências de que a fome manifesta-se de forma mais intensa nos espaços rurais em relação aos urbanos⁽²¹⁾.

Na população nacional, a prevalência de ISAN, diminuiu em 25%, entre os anos de 2004 e 2009, porém, mostra-se diferente da população estudada⁽⁸⁾. A insegurança total apresentada nos domicílios foi em torno de 80%, independente de ter ou não moradores menores de 18 anos no domicílio. Menores prevalências foram observadas em estudos prévios, como no Distrito Federal, onde foi verificada em 24,8% da população distrital⁽²²⁾. Prevalências mais próximas aos resultados do presente estudo também foram encontradas. Estudo de base populacional, realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro, RJ, constatou ISAN em 72% dos domicílios⁽²³⁾. Em famílias com pré-escolares atendidos no Centro de Saúde da Família, zona rural de Maranguape, CE, foi de 88%⁽²⁴⁾. Já em São João do Tigre, microrregião dos Cariris Velhos (PB), localidade com IDH-M baixo e precárias condições socioeconômicas, apenas 13% das famílias estavam com ausência de insegurança alimentar, similar ao encontrado neste estudo⁽²⁵⁾.

No grau leve as famílias possuem a preocupação de ficar sem alimento para garantir o futuro imediato, ou seja, têm incerteza em relação à capacidade de obter alimentos ou comprometimento qualitativo da dieta por limitação financeira, sem restrição na quantidade de alimentos. No presente estudo, 33,6% dos domicílios sem moradores menores de 18 anos e 33,5% daqueles com menores estavam nesta situação. Já em estudo realizado em Campinas, SP, 33,0% dos domicílios com idosos apresentaram ISAN leve⁽²⁶⁾. Nos domicílios do interior da Paraíba a prevalência da situação leve foi de 23,6%, porém, nas formas moderada e grave, esteve presente em 61,8%⁽²⁷⁾.

Nas situações moderada e grave, existe uma restrição quantitativa na dieta entre os adultos e/ou as crianças. Neste estudo, ISAN moderada e grave foi

de 22,8% e 20,0%, respectivamente, em domicílios sem moradores menores de 18 anos e de 29,0% e 18,8% em domicílios com moradores menores de 18 anos. Ter menores no domicílio parece ser fator agravante da ISAN, pois outros estudos destacam essa mesma situação⁽²²⁾, porém, com menores prevalências⁽²⁷⁾ mesmo em populações beneficiárias de programas sociais. Parece haver uma relação entre presença de aglomerado familiar com a presença^(18,23) e gravidade⁽²¹⁾ de insegurança alimentar, tanto que autores demonstraram que cada criança menor de cinco anos de idade no domicílio representou uma razão de chances de 2,1 de a família ser classificada em ISAN moderada e grave e de 1,6 em situação leve⁽²⁸⁾. Estudo realizado em Jequitinhonha (MG) não encontrou associação entre a situação de ISAN e o número de moradores no domicílio ou a presença de menores de 18 anos por domicílio⁽²⁹⁾.

Um dos fatores preponderantes para a aquisição de alimentos no domicílio é a renda mensal da família. A importância desta para melhoria do consumo alimentar tem direcionado as ações governamentais à criação de programas sociais, especialmente os de transferência de renda. A PNAD de 2004/2009 mostrou uma redução da ISAN na população brasileira de cerca de 30% em cinco anos, especialmente em domicílios de mais baixos rendimentos, revelando uma estreita relação entre faixa de renda e situação de ISAN. Entre os domicílios em situação de extrema pobreza (até 1/4 salário mínimo por pessoa), a prevalência de ISAN grave e/ ou moderada constatada em 2009 foi de 40%⁽⁸⁾. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003 mostraram que a probabilidade de aquisição dos produtos alimentícios básicos (arroz, feijão, farinha de mandioca e açúcar) pela família, variou negativamente conforme a renda mensal familiar, enquanto as carnes, leite e demais produtos mostraram influência positiva da renda^(9,30). Em estudo que avaliou ISAN e perfil sociodemográfico e econômico das famílias de pessoas idosas de Campinas (SP) verificou-se que o consumo alimentar familiar foi maior qualitativamente, com a inclusão diária de verduras, frutas e carnes, naquelas com maior nível socioeconômico⁽²⁶⁾.

Grande parte das famílias apresentou adequação no consumo de todos os marcadores de uma alimentação saudável, exceto para frutas. Famílias que recebem o PBF apresentaram aumento no consumo de feijão e arroz após a transferência de recurso financeiro⁽³¹⁾. O aumento da participação de frutas e hortaliças no

consumo familiar também ocorre a partir da diminuição do preço destes alimentos ou com o aumento da renda familiar⁽³²⁾. Na ação municipal do PAA, o fornecimento de legumes, verduras e frutas, mantém uma frequência de entrega quinzenal e de acordo com a sazonalidade do alimento, podendo relacionar o consumo com a disponibilidade do alimento. Já a entrega de leite é semanal, o que pode justificar a alta prevalência do marcador de alimentação saudável para o grupo de leite, iogurte ou queijo (65%). O fornecimento pressupõe o consumo deste alimento pela família, enquanto a transferência de renda pode não refletir a compra deste.

No presente estudo pode-se observar elevadas prevalências de marcadores de alimentação não saudável. As famílias deparam-se com alimentos disponíveis, na maioria das vezes, contendo uma ampla quantidade de energia a preços acessíveis, alimentos densos e de baixo valor nutricional, como doces, refrigerantes e salgadinhos, além da ampla divulgação de anúncios publicitários e o valor simbólico existente nestes alimentos⁽³¹⁾. Os marcadores dos grupos de embutidos, refrigerantes, doces e guloseimas ou salgadinhos e biscoitos ficaram em torno de 80% de adequação, diferindo do elevado consumo destes alimentos, apresentado pelas famílias brasileiras^(8,9).

Na avaliação do consumo de cascas e talos de frutas, verduras e legumes, maior número de famílias relataram utilizar talos, enquanto que um menor número referiu o uso de cascas. Essas partes dos alimentos são normalmente desprezadas, porém, o aproveitamento integral dos alimentos, pode elevar o valor nutricional e diminuir os gastos com alimentação, mas, também expõe o consumidor à contaminação química pelo consumo de agrotóxico junto com os alimentos, podendo acarretar malefícios à saúde por seus efeitos serem cumulativos e até desconhecidos^(33,34).

Conclusão

Conclui-se que foi encontrada elevada prevalência de ISAN entre as famílias inscritas no PAA em São Lourenço do Sul (RS) especialmente na condição leve, independente dos domicílios terem ou não moradores menores de 18 anos de idade. A própria intencionalidade do estudo, ao se escolher uma população que é recebedora de alimentos de um Programa de distribuição de alimentos faz com que o achado seja relevante, pois esclarece que, mesmo a família estando inscrita no referido programa, ainda está em situação de insegurança alimentar o que direciona

ações para ampliação da distribuição de alimentos em cada família. Referente aos marcadores de consumo alimentar familiar, as famílias apresentaram baixa prevalência de consumo para o grupo frutas, legumes e verduras. Esse estudo é relevante para direcionar ações a nível municipal, visando melhorar o acesso destas famílias à alimentação adequada e saudável, fomentando ações de educação alimentar e nutricional aos beneficiários e a ampliação da oferta de alimentos.

Referências

- 1 Nascimento AL, Andrade SLLS. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? *Ciênc Cult* 2010; 62(4): 34-8.
- 2 Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1): 187-99.
- 3 Monteiro F, Schmidt ST, Costa IB, Almeida CCB, Matuda NS. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2014; 19(5): 1347-58.
- 4 Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Brasília, 2006.
- 5 Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010.
- 6 Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.775, de 4 de julho de 2012. Brasília, 2012.
- 7 Perez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian-Maranha L, Sampaio MMF, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr.* 2004;134(8):1923-28.
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro, 2010.
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Rio de Janeiro 2011.
- 10 Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação- FAO. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Indicadores básicos propuestos para vigilar la situación de la seguridad alimentaria. Roma: FAO, 2000.
- 11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Demográfico. Rio de Janeiro, 2010.
- 12 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento- PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano Global de 2011.

- 13 Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação - SAGI. Gestão da informação. Brasília, 2012.
- 14 Segall-Corrêa AM, Escamilla RP, Maranhã LK, Sampaio MFA. Projeto de acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2004.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília, 2006.
- 17 Pedraza DF, Queiroz DD, Menezes TN. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr.* 2013; 26(5):517-27.
- 18 Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: 2008.
- 19 Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(1): 41-9.
- 20 Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al . Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(1): 161-21
- 20 Anjos FS, Caldas NV, Hirai WG. A Dimensão Rural da Insegurança Alimentar: Transformações nas Práticas de Autoconsumo entre Famílias Rurais do Extremo Sul Gaúcho. *Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas.* 2009; 16(1): 1-17.
- 22 Gubert MB, Benicio MHD, Santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(8): 1595-605.
- 23 Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. *R. Bras. Est. Pop.* 2009; 26(2): 283-94.
- 24 Aires JS, Martins MC, Joventino ES, Ximenes LB. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 25(1): 102-8.
- 25 Oliveira JS, Lira PIC, Andrade SLLS, Sales AC, Maia SR, Batista FM. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2009; 12(3): 413-23.
- 26 Marín-León L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio MFA, Pérez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(5): 1433-40.
- 27 Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr* 2008 ; 21(Suppl): 111s-22s.
- 28 Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marín-León L, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev Nutr.* 2008;21: 135-44.
- 29 Nobre LN, Murta NMG, Souza MM, Ferreira NC, Cardoso LM, Hamacek FR. Segurança Alimentar em uma Comunidade Rural no Alto Vale do Jequitinhonha/MG. *Revista SAN* 2009; 16(1): 18-31.
- 30 Coelho AB, Aguiar DRD, Fernandes EA. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. *Rev. Econ. Sociol. Rural* 2009; 47(2): 335-62.
- 31 Lignani BJ, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutr.* 2011;14(5):785-92.

- 32 Claro RM, Monteiro CA. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(6): 1014-20.
- 33 Carneiro FF, Augusto LGS, Rigotto RM, Friedrich K, Búriço AC. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.624p.
- 34 Domingues MR, Bernardi MR, Ono EYS, Ono MA. Agrotóxicos: Risco à Saúde do Trabalhador Rural. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 25, p. 45-54, jan./dez. 2004.

Recebido em: 06 de jan. de 2018
Aceito em: 30 de abr. de 2018