



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARILIA GOMES DE SOUSA BEZERRA

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

TERESINA

2013

MARILIA GOMES DE SOUSA BEZERRA

INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM,
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAPI, como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Saúde da Família no Ciclo
Vital.

Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos
Mesquita

TERESINA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

B574i

BEZERRA, Marília Gomes de Sousa.

Insegurança alimentar em famílias assistidas pela estratégia saúde da família / Marília Gomes de Sousa Bezerra. Orientador: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita. – Teresina, 2013.

69f.; il.; 29cm.

Dissertação de Mestrado (Dissertação do Programa de Mestrado Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

1. Segurança alimentar e nutricional. 2. Saúde da família. 3. Fome. I – Título. II. Mesquita, Gerardo Vasconcelos.

CDD 613.812 2

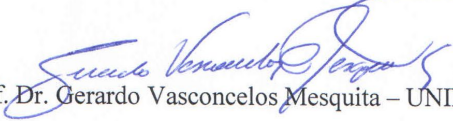
MARILIA GOMES DE SOUSA BEZERRA

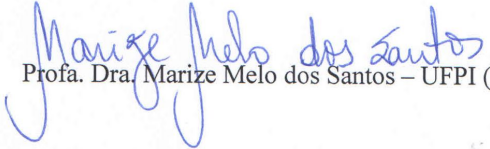
INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à
Coordenação do Programa de Mestrado Profissional
em Saúde da Família do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

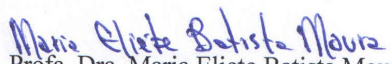
Data de Aprovação: 20/06/13

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita – UNINOVAFAPI (Presidente)


Profa. Dra. Marize Melo dos Santos – UFPI (1ª examinadora)


Profa. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins – UNINOVAFAPI (2ª examinadora)


Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura
UNINOVAFAPI - Suplente

Dedico esta conquista à minha mãe Rosilda Gomes e ao meu esposo Francisco das Chagas de Sousa, os quais não mediram esforços para o meu crescimento pessoal e profissional. Sou resultado da confiança e da força de vocês.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença constante na minha vida, pelo auxílio nas minhas escolhas e conforto nas horas difíceis. Vem dele tudo o que sou, o que tenho e o que espero.

Aos meus pais (José Osvaldo e Rosilda), e meus irmãos (Marcel e Marlon), obrigada por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável.

Ao meu esposo, Francisco das Chagas de Sousa, que representa meu porto seguro, meu companheiro incondicional, o abraço espontâneo e tão necessário. Obrigada por me fazer sentir tão amada.

Aos meus amigos, pelo apoio e momentos de alegria! Especialmente, à minha “irmã de coração” Rosana e a Laise, pelo apoio, companheirismo e amizade.

À minha amiga e eterna professora Norma Sueli Marques da Costa Alberto, por sua maneira acessível nas diversas horas dessa caminhada, a quem tenho enorme respeito e admiração e que, com sua sabedoria e dedicação, me conduziu à conclusão deste trabalho.

Ao meu professor e orientador deste trabalho, Gerardo Vasconcelos Mesquita, pelo desprendimento ao me orientar, além da paciência e tranquilidade para me transmitir os fundamentais ensinamentos que contribuíram de forma incomensurável ao longo desta pesquisa.

Aos membros da banca: Marize Melo dos Santos, Maria do Carmo de Carvalho e Martins e Maria Eliete Batista de Moura pelas críticas e comentários valiosos.

A Coordenação do Mestrado, pela atenção e amabilidade.

A Prefeitura Municipal de Francisco Santos (PI) e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pelo apoio a execução dessa pesquisa.

Enfim, muito Obrigada, a todos vocês que aliviaram minhas horas difíceis, me alimentando de certezas, força e alegria.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo investigar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em um município do semiárido piauiense. Trata-se de estudo transversal, descritivo, com obtenção de dados primários em domicílios assistidos pela ESF. Fizeram parte do estudo 224 famílias. Investigaram-se Insegurança Alimentar (IA) intra-familiar, dados socioeconômicos e demográficos. Para avaliar a IA, utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado no período de março a junho de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI, CAAE nº 0389.0.043.000-11. Foram utilizados os testes de *Qui-quadrado* para verificar a possível associação entre as variáveis, e ANOVA, para verificar diferenças entre as médias das variáveis e os três níveis de insegurança alimentar. O teste de contraste do *Posthoc de Bonferroni* foi aplicado para verificar onde existiu diferença dentre os níveis de insegurança alimentar. Dentre os níveis, verificou-se IA Leve em 46,4%; seguidos de 25,0% de IA Moderada e 17,0% IA Grave. Foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis localidade em que reside, tipo de moradia, gastos da família com alimentação e número de cômodos da casa ($p \leq 0,05$) com a insegurança alimentar. Os elevados índices de IA superam os achados em outros estudos, levando a população a risco de desnutrição e agravos à saúde. Necessita-se de uma reestruturação da política de segurança alimentar e nutricional no município, para o efetivo atendimento às famílias.

Palavras-chave: Fome. Segurança alimentar e nutricional. Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the prevalence of food insecurity among families assisted by the Family Health Strategy (FHS) in a city in the semiarid region of Piauí. It was a cross-sectional descriptive study, obtaining primary data on households assisted by the FHS. 224 families participated in the study. Intra-familial food insecurity (FI), socioeconomic and demographic data were investigated. To evaluate the FI, the Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (Brazilian Food Insecurity Scale) was used. Data were collected through a structured questionnaire in the period from March to June 2012, after approval by the Ethics in Research Committee of the University Center UNINOVAFAPI, CAAE No. 0389.0.043.000-11. We used chi-squared tests to verify the possible association between the variables, and ANOVA to check for differences between the means of the variables and the three levels of food insecurity. The Bonferroni post-hoc contrast test was used to determine where there were differences among the levels of food unsafeness. From the households surveyed, 88.4% showed food insecurity. Among the levels, it was found to be Light FI in 46.4%; followed by Moderate FI in 25.0% and Severe FI in 17.0%. A statistically significant association was found between the variables place in which they reside, type of housing, family spending on food and number of rooms in the house ($p \leq 0.05$) with food insecurity. The high levels of FI outweigh the findings in other studies leading the population to a risk of malnutrition and health problems. What is needed is a restructuring of the food and nutritional insecurity policy in the city for an effective assistance to the families.

Keywords: Famine. Food and nutritional insecurity. Family Health.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo investigar la prevalencia de la inseguridad alimentaria de las familias atendidas por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en un municipio semiárido Piauí. Se trata de la sección transversal, descriptivo, la obtención de datos primarios en los hogares atendidos por el FSE. Los participantes fueron 224 familias. Inseguridad alimentaria Investigado (IA) de datos intra-familiares, socioeconómicos y demográficos. Para evaluar la IA utiliza la escala de inseguridad alimentaria brasileño (EBIA). Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado en el período de marzo a junio de 2012, tras su aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Centro UNINOVAFAPI, CAAE No. 0389.0.043.000-11. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para verificar la posible asociación entre las variables, y ANOVA para comprobar las diferencias entre las medias de las variables y los tres niveles de inseguridad alimentaria. La prueba de contraste de la post-hoc de Bonferroni se utilizó para determinar que existían diferencias entre los niveles de inseguridad alimentaria.. Los hogares encuestados el 88,4% eran de inseguridad alimentaria. Se encontró entre los niveles de 46.4% IA Light, seguido de 25,0% a 17,0% IA IA moderada y severa. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables de la localidad en la que vive, el tipo de vivienda, el gasto familiar en alimentos y el número de habitaciones de la casa ($p \leq 0.05$) a la inseguridad alimentaria. Los altos niveles de IA son mayores que los hallazgos en otros estudios de población que producen el riesgo de problemas de la malnutrición y la salud. Lo que se necesita es un alimento de la política de reestructuración y la seguridad nutricional en el municipio para la asistencia efectiva a las familias.

Palabras-clave: Hambruna. Seguridad alimentaria y nutrición. Salud de la Familia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Objetivos.....	12
1.1.1 Objetivo Primário.....	12
1.1.2 Objetivos Secundários.....	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3 MATERIAL E METODOS.....	16
3.1 Delineamento da Pesquisa.....	16
3.2 Local de Estudo.....	16
3.3 População do Estudo.....	16
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	16
3.4 Coleta de Dados.....	17
3.5 Organização e Análise dos Dados.....	18
3.6 Aspectos Éticos.....	18
4 RESULTADOS E ANÁLISE.....	20
4.1 Manuscrito 01: Insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família.....	20
4.2 Manuscrito 02: Perfil de saúde dos estudantes de uma rede de ensino municipal urbana.....	33
4.3 Cartilha: Segurança Alimentar e Nutricional.....	42
5 CONSIDERAÇÕES.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICE.....	57
ANEXOS.....	62

1 INTRODUÇÃO

A alimentação e nutrição adequadas são consideradas como um direito humano. No Brasil, um dos instrumentos destinados a assegurar o cumprimento desse direito é a Lei n. 11346 de 2006, que caracteriza a segurança alimentar e nutricional como um processo multidimensional, que envolve toda a cadeia alimentar, sendo determinada por fatores que vão desde a produção agrícola, distribuição e acesso dos alimentos à população, acesso econômico ao alimento, até a própria escolha alimentar, baseada em componentes culturais (BRASIL, 2006).

A temática da alimentação e nutrição no Brasil vem sendo abordada de maneira complexa e diferenciada. O problema da fome é inserido na agenda política brasileira, a partir de Josué de Castro, que, na década de 1930, realizou pesquisa sobre as condições de vida de operários de Pernambuco, trabalho considerado o primeiro inquérito dietético-nutricional, que revelou a ocorrência de déficit calórico e de nutrientes na alimentação e motivou o desenvolvimento de novas pesquisas acerca da situação alimentar no país (VASCONCELOS, 2002). O propósito, ao apreciar regionalmente o problema da fome no Brasil, era incorporar características fundamentais do humanismo aos projetos de desenvolvimento, assim como colocar o conhecimento científico a serviço da ação política e da defesa das classes menos favorecidas (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Por meio de políticas públicas, o governo federal recolocou, em 2003, o problema da fome na pauta das políticas públicas através do Programa Fome Zero e da instituição do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), que visam ao combate à fome e à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A primeira iniciativa de enfrentamento à pobreza e inacessibilidade alimentar, no período, foi a transferência de renda por meio do Cartão Alimentação, o qual, posteriormente, junto com outros benefícios sociais, foi unificado no Programa Bolsa Família (doravante com abreviação PBF) que prima pela garantia aos direitos sociais básicos, tais como saúde, educação e alimentação adequada no território brasileiro, contribuindo para redução da situação de insegurança alimentar de muitas famílias (ANASCHAU; MATSOO; SEGALL-CORREA, 2012).

A garantia do ato de se alimentar dignamente ainda está distante da realidade de milhões de pessoas no mundo. No Brasil, cerca de 17 milhões de pessoas passam fome ou sofrem com desnutrição, a Insegurança Alimentar (IA) média no país atinge 30,2% da população. Considerando as cinco Grandes Regiões, o Nordeste foi a que apresentou maior

proporção de IA (46,1%) em todos os seus estados, sendo o Piauí o segundo estado em pior situação, tendo mais da metade da sua população (58,6%) acometida pelo agravo, perdendo apenas para o Maranhão (64,6%) (IBGE, 2010a).

A insegurança alimentar (IA) é determinada principalmente pela pobreza e pelas desigualdades sociais (MARIN-LEON *et al.*, 2005). As situações de IA podem ser identificadas por várias manifestações, tais como a fome, a desnutrição, as carências específicas, o excesso de peso, doenças geradas pela alimentação inadequada e consumo de produtos prejudiciais à saúde (ANASCHAU; MATSOO; SEGALL-CORREA, 2012). Torna-se, assim, oportuno e relevante identificar indicadores que possam verificar desde o direito de acesso aos alimentos até as condições concretas desse acesso e suas consequências finais no estado de saúde e nutrição dos indivíduos e coletividades.

A IA é classificada em níveis leve, moderada e grave, sendo considerada leve quando ocorre a preocupação de faltar alimento, na IA moderada o comprometimento da qualidade da alimentação da família, a redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; na IA grave a tem a fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos) como aspecto mais grave, a restrição quantitativa na disponibilidade de alimentos (SEGALL-CÔRREA *et al.*, 2007).

Nas suas formas mais avançadas (moderada e grave) contribuiu para a redução de todos os grupos de alimentos, aumentando ainda mais a inadequação dietética observada principalmente em crianças (ANTUNES; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2010). Entre famílias em situação de IA coexistem situações de excesso de peso/obesidade e déficit de peso, fato que indica tanto a diminuição da quantidade de alimentos, como a perda da qualidade nutritiva (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010).

As pessoas em situações de insegurança alimentar e nutricional podem ter a saúde afetada tanto por questões ligadas à exclusão social, perda da autoestima, estresse e sofrimento emocional, quanto pelo comprometimento do estado nutricional. Ao agravar o estado nutricional, acarreta maior risco de complicações no curso de doenças agudas ou crônicas e uma maior proporção de internações (ROTENBERG; VARGAS, 2004).

O Piauí possui 224 municípios e mais da metade deles estão localizados na região do semiárido, a qual é caracterizada por baixa umidade e pequeno volume pluviométrico, além dos indicadores sociais de saúde, educação e renda serem considerados os piores em relação à média nacional (BRASIL, 2009). Entre os municípios dessa região, encontra-se Francisco

Santos, que possui população residente de 8.592 habitantes (IBGE, 2010b), assistidos por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A alimentação é um aspecto fundamental no cuidado à saúde. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde. A atenção básica é a porta de entrada aos serviços de saúde, seu papel é acompanhar todas as famílias, em especial as do Programa Bolsa Família (PBF), por estas serem compostas por pessoas com vulnerabilidade social, inclusive inaccessibilidade alimentar

Considerando a influência do acesso alimentar sobre a situação de saúde e a responsabilidade do setor saúde no monitoramento da alimentação e nutrição das cidades, o presente estudo visa investigar a insegurança alimentar de famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em município do semiárido do piauiense e suas associações com fatores predisponentes, a fim de contribuir para o (re)direcionamento de ações de proteção e enfrentamento deste agravo.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Primário

Investigar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em município do semiárido piauiense.

1.1.2 Objetivos Secundários

- ✓ Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos do estudo;
- ✓ Identificar as proporções de famílias nos diferentes níveis de insegurança alimentar;
- ✓ Relacionar a insegurança alimentar com as variáveis socioeconômicas e demográficas;
- ✓ Elaborar cartilha sobre segurança alimentar e nutricional para os profissionais de saúde e população do município em estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O termo segurança alimentar surgiu pela primeira vez na Idade Média, voltou a aparecer, a partir da 1ª Guerra Mundial, e foi fortalecido, após a Segunda Grande Guerra, atrelado à capacidade dos países produzirem seu próprio alimento, de forma a não ficarem sujeitos a embargos ou boicotes por questões políticas ou militares. À época, a insegurança alimentar e nutricional era estreitamente ligada à insuficiente disponibilidade de alimentos consequente da baixa produção pelos países pobres (ABRANDH, 2009).

A Segurança Alimentar e Nutricional é considerada como um direito humano, um bem público que se realiza por intermédio das políticas universais e que é garantido na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional. Apesar de ter o seu conceito em constante construção, pois se modifica com a evolução da sociedade e suas interrelações, a Segurança Alimentar e Nutricional é a seguir apresentada da seguinte forma;

A realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL; 2006).

Tal definição envolve um conjunto de questões referentes ao comércio de alimentos; a soberania alimentar; a conformação da pobreza e da desigualdade em cada sociedade; a qualidade sanitária e nutricional dos alimentos; a privatização dos recursos ambientais e da base genética do sistema agroalimentar; a degradação ambiental; o processo saúde-doença e o perfil de consumo alimentar de risco à saúde (BURLANDY, 2007; FREITAS; PENA, 2007).

No Brasil, o debate interno e as tentativas de enfrentamento à problemática da fome datam da década de 1930, quando já se buscava identificar as causas da fome, apesar de à época ainda não se ter a compreensão da alimentação como direito, nem as dimensões da questão alimentar, hoje, reconhecidas: a alimentar, a nutricional e a soberania alimentar. Na mudança desse cenário de discussões e iniciativas, identificam-se ações governamentais e não governamentais que evoluem gradualmente e que têm possibilitado o fortalecimento da luta pela segurança alimentar e a inserção da problemática da fome e seus determinantes na pauta política nacional (ALBERTO, 2005).

Nesse contexto, a implantação do PBF vem ampliar o acesso à alimentação, contribuindo na redução da IA de muitas famílias. O direito à alimentação adequada está fortemente interligado ao direito à saúde. Isso credita às políticas públicas de saúde e nutrição

um importante papel na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada. A partir da Constituição Federal de 1988, políticas e programas de saúde e nutrição são desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo seu papel de ação inclusiva e de garantia de direitos sociais, colaborando no combate à fome e na redução da desnutrição, ao mesmo tempo em que melhora as condições de saúde dos brasileiros (BRASIL, 1988).

A atenção primária à saúde é necessária na garantia do acesso e na promoção de equidades, pois garante o primeiro contato da população com os serviços de saúde. A Estratégia de Saúde da Família é a principal política da atenção primária do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008), seja pela operacionalização dos programas de prevenção de deficiências nutricionais, como o Programa de Suplementação de Vitamina A e Ferro, seja pelo monitoramento da situação alimentar e nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) ou pela promoção da alimentação saudável. A interrelação entre as ações de saúde e a SAN estão previstas nas respectivas políticas e legalmente instituídas por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN).

A Insegurança Alimentar consiste na violação expressa do direito ao acesso à alimentação adequada, nutricional ou culturalmente, quer no tocante à quantidade quer no tocante, à qualidade ou à regularidade necessárias, para uma vida saudável, participativa e digna. Consequência de diversos determinantes sociais, ambientais, econômicos ou políticos, de forma isolada ou em conjunto, a insegurança alimentar está, muitas vezes, associada à não realização de outros direitos básicos como habitação, saneamento, educação, saúde, entre outros, o que contribui vulnerabilidade social familiar (BELIK, 2006; ANASCHAU; MATSOO; SEGALL-CORREA, 2012).

O conceito de insegurança alimentar engloba desde a percepção de preocupação e angústia na incerteza de dispor regularmente de comida até a vivência de fome, por não ter o que comer em todo um dia, passando pela perda da qualidade nutritiva, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos como estratégias para enfrentar essa adversidade (MARIN-LEON *et al.*, 2005).

A fome ocorre quando a alimentação diária não supre a energia requerida para a manutenção do organismo e para o exercício das atividades normais do ser humano (LANG; ALMEIDA; TADDEI, 2011). É possível que a sociedade seja muito pobre, não tendo como suprir determinadas necessidades (como educação, saúde, moradia), sem, contudo, passar fome, é possível também que as pessoas tenham renda suficiente, para se alimentar e viver

dignamente, mas tenham uma alimentação inadequada. Ambas as situações se constituem em IA (PINIGASSI *et al*, 2008).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD (2009), 17,7 milhões de pessoas convivem com a insegurança alimentar grave no Brasil. Ainda que os dados apresentem uma evolução positiva no acesso aos alimentos, em termos quantitativos e qualitativos, é preciso reconhecer que determinados segmentos da população, como os residentes em áreas rurais, em regiões do Norte e Nordeste, os domicílios chefiados por mulheres, povos e comunidades tradicionais, estão mais vulneráveis à fome. Considerando a composição etária da unidade domiciliar, domicílios onde residem crianças de 0 a 4 anos apresentaram as maiores prevalências de IA, nos anos de 2004 e 2009, sendo o Nordeste a região mais afetada (IBGE, 2010a).

Inicialmente a insegurança alimentar é sentida no âmbito domiciliar e, depois, quando a situação se agrava, no âmbito individual. Nos domicílios em situação de IA, primeiro os adultos começam a pular refeições ou diminuir as porções de alimentos e, por último, as crianças começam a passar por essa experiência, o que indica uma situação ainda mais grave no âmbito familiar (MARIN-LEON *et al.*, 2005).

Devido às suas características biológicas, as crianças merecem atenção especial, tendo em vista que uma alimentação inadequada pode colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento, além de causar problemas, como anemia ferropriva, desnutrição ou obesidade dentre outros distúrbios nutricionais (LANG; ALMEIDA; TADDEI, 2011).

Embora a desnutrição seja associada ao desenvolvimento emocional e comportamental da criança, sua repercussão poderá influenciar na vida adulta. É mais difícil essa população conseguir emprego implicando assim, maiores problemas socioeconômicos que podem agravar ainda mais o quadro de desnutrição em todo o país (BURLANDY, 2007).

Esses dados reafirmam a importância do monitoramento do acesso alimentar, inclusive, no setor saúde, especialmente em grupos mais vulneráveis, no intuito da proteção à saúde e segurança alimentar e nutricional.

3 MATERIAL E METODOS

3.1 Delineamento da Pesquisa

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, do tipo transversal, com obtenção de dados primários em domicílios de famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família e cadastrados no Programa Bolsa Família, durante o período de março a junho de 2012.

3.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no município de Francisco Santos (PI), localizado na região do Centro-Sul do Estado, integrando a microrregião dos Baixões Agrícolas, e com área territorial de 419,860 Km². O município conta com 8.512 habitantes, sendo 3.979 residentes na zona urbana e 4.613 na zona rural (IBGE, 2010b).

Da população residente, 1.079 famílias são beneficiados pelo Programa Bolsa Família, público prioritário para as ações de vigilância alimentar e nutricional pela Estratégia Saúde da Família. O referido município dispõe de quatro equipes da ESF, englobando a sede e zona rural.

3.3 População e Amostra do Estudo

Das 1.079 famílias que são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e assistidas pela Estratégia Saúde da Família, 224 foram selecionadas por atenderem os critérios de inclusão descritos abaixo.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Considerou-se como critérios de inclusão, no estudo, ser a família cadastrada no Programa Bolsa Família, possuir crianças menores de cinco anos de idade e o titular do Programa assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes da realização da entrevista.

O critério se justificou em decorrência que este é o perfil social da maioria das famílias em risco de segurança alimentar de moderada a grave, apontado por outros estudos já realizados (SALDIVA; SILVA; SALDIVA, 2010; LANG; ALMEIDA; TADDEI, 2011; BURLANDY, 2007).

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada durante o período de março a junho de 2012. Os dados foram coletados nos domicílios, por meio de entrevista, utilizando-se questionário estruturado, com o titular do Bolsa Família, valorizando o domínio de conhecimento desse membro da família sobre a dinâmica diária da casa. A pesquisa foi realizada pela pesquisadora que é Nutricionista do município, mediante agendamento prévio, no intuito de não interferir nas atividades de rotina do(a) entrevistado(a) e garantir tempo e local adequados à coleta de dados.

O questionário utilizado foi composto por questões relativas ao perfil socioeconômico e demográfico, características das famílias, como renda, composição, tipo de moradia, número de cômodos, abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, serviços de saúde utilizados, além de informações sobre o(a) entrevistado(a), como sexo, idade, ocupação, posição na família e capacidade de ler ou escrever com facilidade (Anexo A). Esse instrumento foi previamente testado com dez famílias igualmente cadastradas no Programa, constituídas apenas por adultos.

A situação de insegurança alimentar intra-familiar foi investigada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um formulário estruturado adaptado do *United States Department of Agriculture* e validado para o Brasil, atualmente, utilizado em pesquisas nacionais (Anexo B). O instrumento consta de 14 perguntas fechadas, com resposta sim ou não, sobre a experiência, nos últimos três meses, de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade. A pontuação da Escala varia em uma amplitude de 0 a 15 pontos. Este instrumento permite classificar a situação das famílias em Segurança ou Insegurança Alimentar - IA, sendo capaz de identificar nesta última três diferentes graus: Leve, Moderada ou Grave (ANEXO C) (IBGE,2010a).

A EBIA permite a medida direta, com base na referência dos entrevistados, da experiência de preocupação e ansiedade das famílias em relação à possibilidade de acabar a comida antes de ter condições de comprar mais, até a experiência de restrição alimentar grave,

por falta de recursos, na qual adultos e crianças podem ficar um dia inteiro sem comer. É uma escala unidimensional da percepção de insegurança alimentar que capta a progressiva piora da situação, passando por níveis intermediários em que às famílias recorrem a estratégias de distribuição de menor quantidade de alimentos a seus membros, piora da qualidade nutritiva e da diversificação da dieta, em função de reduzir custos, como ainda a supressão de algumas refeições (SÃO PAULO, 2004).

3.5 Organização e Análise dos Dados

Os dados foram digitados no programa Excel 2010 e processados com a utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/PASW)*, versão 18.0, com apresentação dos resultados em forma de tabelas e gráficos. Após a digitação, foram realizadas a limpeza e a checagem do banco de dados.

De posse dos dados, foram realizadas análises descritivas, inferenciais, como também análises bivariadas, para observar a relação entre a situação de insegurança alimentar e demais variáveis do estudo. As variáveis foram analisadas quanto à normalidade de sua distribuição pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Foram utilizados os testes de *Qui-quadrado*, para verificar a possível associação entre as variáveis, e ANOVA, para verificar diferenças entre as médias das variáveis e os três níveis de insegurança alimentar. Foi utilizado o teste de contraste do *Posthoc de Bonferroni*, para verificar onde existiu diferença dentre os níveis de insegurança alimentar. A significância estatística foi fixada em $p \leq 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

3.6 Aspectos Éticos

Foram observados os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Francisco Santos-PI (ANEXO A) e, posteriormente, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI – CAAE, nº 0389.0.043.000-11 (ANEXO D). Aos pesquisados, foi solicitada a assinatura prévia do TCLE (APÊNDICE A), que esclarecia os objetivos, procedimentos e benefícios do estudo.

Ao término do estudo, os achados serão divulgados, respeitando os princípios bioéticos, em especial o da autonomia e o da beneficência.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Manuscrito 01

**INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO SEMIARIDO DO PIAUI
FOOD INSECURITY AMONG FAMILIES ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY
IN MUNICIPALITY OF SEMIARIDO PIAUI
LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA ENTRE LAS FAMILIAS ASISTIDAS POR LA ESTRATEGIA
DE SALUD DE LA FAMILIA EN EL MUNICIPIO DE SEMIARIDO PAUI**

Marília Gomes de Sousa Bezerra¹ Gerardo Vasconcelos Mesquita² Marize Melo dos Santos³ Maria do Carmo de Carvalho e Martins⁴ Maria Eliete Batista Moura⁵ Norma Sueli Marques da Costa Alberto⁶

¹ Nutricionista. Mestranda em Saúde da Família- Centro Universitário Uninovafapi. E-mail: marília_gsb@hotmail.com

² Médico. Doutor em Cirurgia – Universidade Federal do Pernambuco (UFPE). Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. E-mail: gmesquita@uninovafapi.edu.br

³ Nutricionista. Doutora em Nutrição – Universidade Federal do Pernambuco (UFPE). Professora Associada da Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: marizesantos@ufpi.edu.br

⁴ Nutricionista. Doutora em Ciências Biológicas pela UFPE. Professora da Graduação e do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. Professora Adjunta da UFPI. E-mail: mcmartins@uninovafapi.edu.br

⁵ Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: lia@uninovafapi.edu.br

⁶ Nutricionista. Mestre em Ciências e Saúde – Universidade Federal do Piauí – UFPI. Docente de graduação e Pós Graduação do Curso de Nutrição do Centro Universitário Uninovafapi. E-mail: normaalberto@yahoo.com.br, nalberto@uninovafapi.edu.br

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal, descritivo, realizado com 224 famílias de um município piauiense, no período de março a junho de 2012. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, processados no *Statistical Package for the Social Sciences* e submetidos a análise estatística.

Resultados: Das famílias pesquisadas 88,4% apresentaram insegurança alimentar. Dentre os níveis, verificou-se, leve em 46,4%; moderado 25,0% e grave 17,0%. Foi observada significância estatística entre as variáveis localidades em que residem, tipos de moradias, gastos da família com alimentação e número de cômodos da casa ($p \leq 0,05$) com a insegurança alimentar. **Conclusão:** Os elevados índices de insegurança alimentar superam os achados da literatura levando a população a riscos de desnutrição e agravos à saúde, necessitando de uma reestruturação da política de segurança alimentar e nutricional no município, para o efetivo atendimento às famílias.

Descritores: Segurança Alimentar e Nutricional; Alimentos; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of food insecurity among families assisted by the Family Health Strategy. **Method:** A cross-sectional descriptive study conducted with 224 households in a city of Piauí, in the period from March to June 2012. Data were collected through a structured questionnaire, processed in the Statistical Package for the Social Sciences and statistically analyzed. **Results:** Of the households surveyed, 88.4% showed food insecurity. Regarding levels, it was found to be light in 46.4%, moderate in 25.0% and severe in 17.0%. Statistical significance was found between the variables place in which they reside, type of housing, family spending on food and number of rooms in the house ($p \leq 0.05$) with food insecurity. **Conclusion:** The high levels of food insecurity outweigh the literature findings leading the population to a risk of malnutrition and health problems, requiring a restructuring of the food and nutritional insecurity policy in the city for effective assistance to families.

Descriptors: Food and Nutritional Security; Family Health.

Resumen

Objetivo: Investigar la prevalencia de la inseguridad alimentaria entre las familias asistidas por la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** Estudio descriptivo transversal realizado con 224 familias en un municipio Piauí, en el período de marzo a junio de 2012. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado, procesada en paquete estadístico para las Ciencias Sociales y realizado el análisis estadístico. **Resultados:** De los hogares encuestados el 88,4% eran de inseguridad alimentaria. Entre los niveles fue encontrado, la luz en el 46,4%, 25,0% moderada y grave 17,0%. Se encontró significación estadística entre las variables de localidades en que residen, los tipos de vivienda, el gasto familiar en alimentos y el número de habitaciones de la casa ($p \leq 0.05$) con la inseguridad alimentaria. **Conclusión:** Los altos niveles de inseguridad alimentaria son mayores que los hallazgos de la literatura que llevan a la población en riesgo de desnutrición y problemas de salud, lo que requiere una política de reestructuración de alimentos y la seguridad nutricional en el municipio para la asistencia efectiva a las familias. **Descriptor:** Seguridad Alimentaria y Nutrición Alimentación, Salud de la Familia.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é compreendido como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis^{1,2}.

A Insegurança Alimentar (IA) é determinada principalmente pela pobreza e pelas desigualdades sociais³, as situações de IA podem ser identificadas por várias manifestações^{4,5,6}, tais como a fome, a desnutrição, as carências específicas, o excesso de peso, doenças geradas pela alimentação inadequada e consumo de produtos prejudiciais à saúde.

A severidade da IA é estratificada nos seguintes níveis: a preocupação de faltar alimento (IA Leve), o comprometimento da qualidade da alimentação da família (IA Moderada) e a 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) como aspecto mais grave, a restrição quantitativa na

disponibilidade de alimentos (IA Grave)⁵. Nas suas formas mais graves (moderada e grave) contribuiu para a redução de todos os grupos de alimentos, aumentando ainda mais a inadequação dietética observada em crianças⁶.

A garantia do ato de se alimentar dignamente ainda está distante da realidade de milhões de pessoas no mundo. No Brasil cerca de 17 milhões de pessoas passam fome ou sofrem com desnutrição. A Insegurança Alimentar (IA atinge em média 30,2% da população. Considerando as cinco Grandes Regiões, o Nordeste foi a que apresentou maior proporção de IA (46,1%), em todos os seus estados, sendo o Piauí o segundo estado em pior situação, tendo mais da metade da sua população (58,6%) acometida pelo agravo, perdendo apenas para o Maranhão (64,6%)⁷.

O Piauí dispõe de 224 municípios, dos quais mais da metade está localizada na região do semiárido a qual é caracterizada pela ocorrência do bioma caatinga, elevadas temperaturas, baixa umidade e volume pluviométrico e chuvas escassas, irregulares e mal distribuídas durante todo o ano, além dos seus indicadores sociais de saúde, educação e renda serem considerados os piores em relação à média nacional⁸. Entre os municípios dessa região, encontra-se Francisco Santos, que possui população residente de 8.592 habitantes⁹, assistidos por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A atenção básica à saúde tem como papel acompanhar todas as famílias, em especial as do Programa Bolsa Família (PBF), por consistirem em pessoas com vulnerabilidade social, inclusive, inacessibilidade alimentar¹⁰. A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde⁴.

Considerando a influência do acesso alimentar sobre a situação de saúde e a responsabilidade do setor saúde monitorar a alimentação e nutrição das cidades, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido piauiense, a fim de contribuir para o (re)direcionamento de ações de proteção e enfrentamento deste agravo, principalmente nos municípios de condições semelhantes.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, transversal com famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família e cadastradas no Programa Bolsa Família.

A pesquisa foi realizada no município de Francisco Santos (PI), localizado no Centro-Sul do Estado, integrando a microrregião dos Baixões Agrícolas, com área territorial de 419,860 Km². O município conta com uma população residente de 8.512 habitantes, sendo 3.979 residentes na zona urbana e 4.613 na zona rural ⁹.

A população do estudo se constitui de 224 famílias, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que são assistidas pela Estratégia saúde da Família (ESF), selecionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: serem famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, possuírem crianças menores de cinco anos de idade e o titular do programa assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados em domicílio, por meio de entrevista, utilizando-se questionário estruturado com o titular do Bolsa Família, valorizando o domínio de conhecimento desse membro da família sobre a dinâmica diária da casa. A pesquisa foi realizada pela pesquisadora que é Nutricionista do município, mediante agendamento prévio, no intuito de não interferir nas atividades de rotina do(a) entrevistado(a) e garantir tempo e local adequados à coleta de dados.

O questionário abordou questões relativas ao perfil socioeconômico e demográfico, as características das famílias, como renda, composição, tipo de moradia, número de cômodos, abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, serviços de saúde utilizados, além de informações sobre o(a) entrevistado(a), como sexo, idade, ocupação e posição na família. Esse instrumento foi previamente testado com dez famílias igualmente cadastradas no Programa, constituídas apenas por adultos.

A situação de insegurança alimentar intrafamiliar foi investigada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um formulário estruturado adaptado do *United States Department of Agriculture* e validado para o Brasil, atualmente utilizado em pesquisas nacionais. O instrumento consta de 14 perguntas fechadas, com resposta sim ou não, sobre a experiência, nos três meses anteriores, de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade. A pontuação da Escala varia em uma amplitude de 0 a 15 pontos. Este instrumento permite classificar a situação das famílias em Segurança ou Insegurança Alimentar - IA, sendo capaz de identificar, nesta última, três diferentes graus: Leve, Moderada ou Grave⁷.

A EBIA é uma escala unidimensional da percepção de insegurança alimentar que capta a progressiva piora da situação, passando por níveis intermediários em que as famílias recorrem a estratégias de distribuição de menor quantidade de alimentos

a seus membros, piora da qualidade nutritiva e da diversificação da dieta, em função de reduzir custos, como ainda a supressão de algumas refeições ¹².

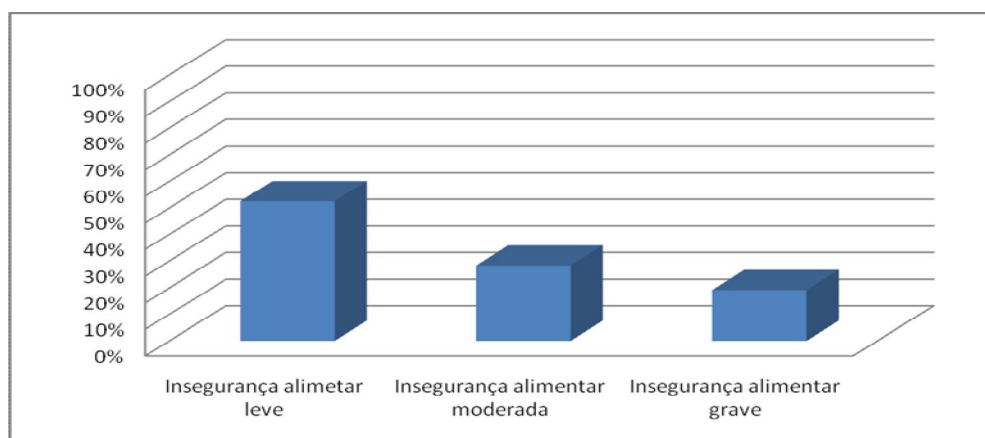
Os dados foram processados com a utilização do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/PASW)*, versão 18.0. Foram realizadas análises descritivas, inferenciais, como também análises bivariadas, para observar a relação entre a situação de insegurança alimentar e demais variáveis do estudo. As variáveis foram analisadas quanto à normalidade de sua distribuição pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Foram utilizados os testes de *Qui-quadrado*, para verificar a possível associação entre as variáveis, e ANOVA e *Posthoc de Bonferroni*, para verificar diferenças entre as médias das variáveis e os três níveis de insegurança alimentar. A significância estatística foi fixada em $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Foram observados todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Novafapi – CAAE, nº 0389.0.043.000-11.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proporção de domicílios em situação de Insegurança Alimentar (IA) encontrada foi de 88,4% (equivalente a 198 residências), cerca de 4,5 moradores por domicílio. Destes lares, 46,4% encontravam-se em situação de insegurança alimentar, na forma leve; 25,0%, na moderada; 17,0%, na grave (Gráfico 01).

Gráfico 01: Distribuição das famílias em domicílios segundo situação de insegurança alimentar. Francisco Santos (PI), 2012.



Fonte: pesquisa direta

Esses achados, quando comparados com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD⁷, demonstram um cenário mais agravante do que o verificado na

população geral piauiense (58,6%), na região Nordeste (46,1%) e do verificado como média brasileira (30,2%).

Esse panorama permite refletir que famílias beneficiárias de programas de transferência de renda acumulam condições de maior vulnerabilidade, levando ao menor acesso aos alimentos, sobretudo essa situação em geral é decorrente da marginalização ou da exclusão social, com conseqüências graves para a saúde e bem estar das pessoas.

Na Paraíba, estudo realizado em 14 municípios, 52,5% das famílias estão em situação de IA, destes 11,3% e 17,6% têm, respectivamente, IA moderada e IA grave¹³. Ao comparar o resultado da pesquisa realizada em Francisco Santos-PI, com estudos acima citados, verifica-se um percentual de famílias em situação de IA bem maior do que em outras regiões.

A maior concentração de municípios com insegurança alimentar na Região Nordeste pode ser parcialmente explicada por uma maior concentração de pobreza nesta área. Esta situação desenha uma realidade já conhecida de disparidades sociais, há muito mantidas no país. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste oferecem melhores condições socioeconômicas e ambientais para a população que nelas residem se comparadas às regiões Norte e Nordeste.

Nos domicílios, cujos titulares do programa Bolsa Família encontram-se na faixa etária de 22 a 30 anos, apesar de não haver significância estatística, as prevalências de IA são maiores. Apresentaram-se, ainda, como importantes colaboradores para o resultado encontrado, a escolaridade e a ocupação trabalho rural, que se apresentaram como fator determinante das formas mais graves de IA (55,3%; 49,2%, respectivamente) (Tabela 01).

Tabela 01: Associação entre os níveis de insegurança alimentar e variáveis socioeconômicas e demográficas do titular do Programa Bolsa Família. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Faixa Etária (anos)				0,86
18 a 21	15(57,7)	05(19,2)	06(23,1)	
22 a 30	53(52,0)	30(29,4)	19(18,60)	

Continuação Tabela 01: Associação entre os níveis de insegurança alimentar e variáveis socioeconômicas e demográficas do titular do Programa Bolsa Família. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
31 e mais	36(51,4)	21(30,0)	13(18,6)	
Sexo				0,29
Masculino	08(72,7)	01(9,1)	02(18,2)	
Feminino	96(51,3)	55(29,4)	36(19,3)	
Ocupação				*
Do lar	62(55,4)	31(27,1)	19(17,0)	
Trabalhador rural	30(46,9)	19(29,7)	15(23,4)	
Autônomo	02(50,0)	01(25,0)	01(25,0)	
Funcionário público	02(110,0)	-	-	
Secretária doméstica	07(50,0)	05(35,7)	02(14,3)	
Outras	01(50,0)	-	01(50,0)	
Capacidade de Ler e escrever				0,73
Sabe	40(48,2)	23(27,7)	20(24,1)	
Não sabe	35(50,7)	21(30,4)	13(18,8)	

Fonte: pesquisa direta

(*) Restrição ao teste *Qui-quadrado*, devido mais de 25% das células com distribuição < 5.

O estudo revelou a grande responsabilização da mulher na condução dos recursos do PBF no domicílio (aproximadamente 94% dos titulares), e por outro, a sua exposição à situação de vulnerabilidade alimentar. Comparando os dados da PNAD de 2009 com os obtidos em 2004, verifica-se que o aumento da prevalência de segurança alimentar ocorreu com mais intensidade para os moradores de grupos etários mais jovens. Todas as Regiões do Brasil apresentaram o mesmo padrão de comportamento, sendo que as Regiões Norte e Nordeste demonstraram prevalências de IA maiores em todos os grupos etários que os verificados para as demais regiões⁷.

O perfil de baixa escolaridade associado ao emprego informal indica o grau de vulnerabilidade social a que as famílias estudadas se encontram. Existe estreita

relação entre as oportunidades de acesso à educação e as possibilidades de desenvolvimento do potencial produtivo e de trabalho das pessoas, bem como a proteção à saúde e a contribuição para a autoestima individual e familiar¹⁴. Por conseguinte, a persistência na situação de inacessibilidade ou a precariedade dos estudos, privam as pessoas das chances de autonomia financeira e de participação.

A prevalência de IA esteve diretamente relacionada com as condições socioeconômicas das famílias do estudo, sendo observado que domicílios localizados na zona rural e os que dispõem de construção precária estão estatisticamente ($p=0,04$; $p<0,01$, respectivamente) mais susceptíveis à IA moderada e grave, formas predominantes em mais da metade das residências com essas características (54,5% e 65%, respectivamente). Dentre as famílias com renda familiar mensal até um salário mínimo, 49,7%, relataram IA moderada e grave (Tabela 02).

Quanto à utilização dos serviços básicos (água, saneamento e serviços de saúde), registrou-se a prevalência de IA leve em domicílios que utilizam água de poço (51,8%) e esgoto a céu aberto (52,7%). No que concerne aos serviços de saúde, 53,1% das famílias com IA moderada e grave relataram não serem assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município (Tabela 02) embora constem no cadastro de acompanhamento do sistema único de saúde.

Tabela 02: Associação entre os níveis de insegurança alimentar e as condições do domicílio. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Renda Familiar Mensal				0,13
Até 1 Salário Mínimo	88(50,3)	52(29,7)	35(20,0)	
Mais 1 Salário Mínimo	16(72,7)	04(18,2)	02(9,1)	
Local de Domicílio				0,04
Zona urbana	54(61,4)	23(26,1)	11(12,5)	
Zona rural	50(45,5)	33(30,0)	27(24,5)	

Fonte: pesquisa direta

Continuação Tabela 02: Associação entre os níveis de insegurança alimentar e as condições do domicílio. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Tipo de moradia				<0,01
Alvenaria Concluída	21(43,8)	18(37,5)	08(18,8)	
Alvenaria	69(62,7)	27(24,5)	14(12,7)	
Inacabada				
Construção	14(35,0)	11(27,5)	15(37,5)	
Precária				
Origem da água				*
Rede pública	14(60,9)	05(21,7)	04(17,4)	
Poço	87(51,8)	47(28,0)	34(20,2)	
Carro Pipa	03(60,0)	02(40,0)	-	
Saneamento				*
Rede pública	04(66,7)	01(16,7)	01(16,7)	
Fossa	03(37,5)	04(50,0)	01(12,5)	
Céu aberto	97(52,7)	51(27,7)	36(19,6)	
Alguém da família já foi assistido pela ESF				0,16
Sim	51(60,0)	19(22,4)	15(17,6)	
Não	53(46,9)	37(32,7)	23(20,4)	

Fonte: pesquisa direta

(*) Restrição ao teste *Qui-quadrado*, devido mais de 25% das células com distribuição < 5.

Os percentuais de IA moderada-grave relacionadas à renda inferior a um salário mínimo se mostram mais agravantes em Francisco Santos-PI do que o verificado em outros estudos, como os realizados no município de Campinas¹⁵ e no Distrito Federal¹⁶, onde os valores de IA grave foram, respectivamente, 6,6% e 7,6%, famílias com renda familiar de até três salários mínimos viviam em situações de IA leve e em menor frequência, moderada; a forma grave não tinha sido observada em famílias com rendimento acima de um salário mínimo per capita. Marín-Leon³ verificaram que, mesmo em famílias pertencentes ao estrato socioeconômico alto, a prevalência de IA leve chegava a 25%. Nos estratos de nível médio, a prevalência atingia 54,6%, sendo 34% leve, 13,4% moderada e 7,2% grave.

Os municípios citados possuem renda bem maior do que em Francisco Santos, por essa razão, observa-se que a falta de renda, apesar de sua forte relação com insegurança alimentar, não é suficiente para explicá-la. Famílias com renda acima da linha de pobreza podem apresentar insegurança alimentar, pois outras condições podem determinar o acesso ao alimento¹⁴. Características do responsável pelo domicílio e indicadores do acesso da população a bens e serviços essenciais, como moradia, saneamento, saúde e educação também estão intimamente ligados à pobreza e fome⁴.

Nesta pesquisa, foi possível observar que as famílias desconhecem o significado da IA, em seus diversos graus, sobre a importância da utilização dos serviços básicos (água, saneamento e serviços de saúde) para a melhoria das condições de vida.

As regiões Norte e Nordeste, que apresentam maiores médias de insegurança alimentar entre seus municípios, são também as que apresentam os piores resultados entre os outros indicadores sociais preditivos da insegurança alimentar, como escolaridade. No nordeste, por exemplo, concentra-se a maior parte (52%) dos 14,1 milhões de analfabetos do país ¹⁶.

Embora a alimentação adequada tenha sido consagrada como um direito humano¹, ainda se convive com significativa parcela da população privada deste direito, distribuída entre as áreas urbanas, periféricas e rurais. As formas mais graves de IA foram observadas no meio rural, onde a moderada e grave se situaram, cumulativamente, em torno de 55,8%, demarcando diferenças espaciais que corroboram com as tendências encontradas na PNAD⁷ para o conjunto do país. A Região Nordeste, além de apresentar os mais elevados percentuais de domicílios em situação de IA moderada ou grave, 20,4% na área urbana e 24,0% na área rural, também registrou a maior diferença entre as áreas urbana e rural (3,6 pontos percentuais).

Os resultados consideravelmente elevados, encontrados em Francisco Santos expressam experiências negativas acumuladas em sucessivas gerações que sobrevivem no limiar da pobreza, submetendo-se ao caráter aleatório e sazonal do emprego e renda associado à escassez de chuvas no semiárido contribuindo para a escassa produção agrícola no campo. As crises periódicas e imprevisíveis da seca produzem impactos negativos no processo de interações socioeconômicas dos dois espaços, o meio urbano e o rural¹⁰.

Este estudo apresentou diferenças significativas ($p=0,04$) entre os níveis de IA com as variáveis: gastos com alimentação e número de cômodos da casa. As famílias que gastam menos com alimentação e as que dispõem de menor número de cômodos no domicílio apresentam maior agravo de IA (Tabela 03).

Apesar de não ter sido verificada significância estatística entre as variáveis número de pessoas por domicílio e renda familiar mensal, observa-se que os domicílios com maior número de membros e menor renda familiar mensal apresentam maior agravo de IA (Tabela 03).

Tabela 03: Distribuição de famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo as médias dos níveis de insegurança alimentar. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança Alimentar	Insegurança Alimentar	Insegurança Alimentar	
	Leve	Moderada	Grave	
Idade (anos)	28,8	29,5	29,4	0,90
Nº de pessoas por domicílio	4,1	4,0	4,4	0,42
Nº de crianças de 0 a 5 meses	1,3	1,0	2,5	0,30
Nº de crianças de 6 a <10 anos	1,6	1,5	1,9	0,77
Nº de adolescentes de 10 a <20 anos	1,4	1,4	1,3	0,85
Nº de adultos de 20 a <60 anos	2,1	2,0	1,9	0,38
Nº de idosos de 60 e mais	1,6	1,0	1,0	0,14
Nº pessoas que trabalham na família	1,3	1,5	1,4	0,58
Renda Mensal Familiar (R\$)	410,1	400,8	328,2	0,25
Gastos com Alimentação (R\$)	212,6 ^{a,c}	207,5 ^{b,c}	163,6 ^{c,a,b}	0,04
Gastos com Saúde (R\$)	60,4	38,3	50,9	0,60
Total de Gastos (R\$)	356,2	326,9	299,4	0,15

Fonte: pesquisa direta

Continuação Tabela 03: Distribuição de famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo as médias dos níveis de insegurança alimentar. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança	Insegurança	Insegurança	
	Alimentar	Alimentar	Alimentar	
	Leve	Moderada	Grave	
Nº de cômodos na casa	4,3 ^{a,b,c}	3,8 ^{b,a}	3,7 ^{c,a}	0,04
Nº de cômodos usados para dormir	1,8	1,7	1,6	0,15

Fonte: pesquisa direta

Os gastos com alimentação têm um peso muito distinto na composição das despesas das famílias nos diferentes estratos de renda, sendo que o acesso regular e adequado aos alimentos nas camadas inferiores é elevado (absorve parcela significativa da renda familiar) e pode comprometer o acesso a outros bens e serviços necessários a uma vida digna. O baixo poder aquisitivo condiciona um padrão de consumo alimentar pouco variado.

Verifica-se em Francisco Santos a forte relação entre o poder aquisitivo e o acesso alimentar no seio familiar, especialmente, em domicílios com uma média de quatro membros residentes. Esse fato aponta ainda a reflexão sobre os preços dos alimentos, em ascendência constante nos últimos anos, fato que exige, portanto, mais recursos para a aquisição de uma menor quantidade e/ou qualidade dos gêneros, para ser dividida entre os pares.

Uma das estratégias de sobrevivência tem sido a mudança relativa nos hábitos alimentares em que os mais pobres se alimentam com mais de cereais, farinhas e gorduras propiciando um aumento do peso corporal. Estudos^{10,15,18} verificaram relação entre IA e a menor probabilidade de consumo diário de carnes, derivados do leite, frutas, verduras e feijão e atrelam esta situação à pouca renda disponibilizada para a compra de alimentos adequados, estimulando as pessoas a comprarem alimentos considerados “baratos” e que, em geral, engordam, como: óleo, açúcar, massa e carboidratos, ou seja, uma dieta extremamente densa em calorias. Por isso a insuficiência alimentar também pode levar à carência nutricional ocasionando danos à saúde.

Neste estudo observou-se que a elevada prevalência de IA identificada supera os achados encontrados em diversas regiões do Brasil. Os resultados mostram associação significativa de Insegurança Alimentar com as seguintes variáveis:

rendimentos familiares, localidade do domicílio, gastos com alimentação e número de cômodos da casa. Diante disso, as políticas de segurança alimentar e nutricional, em Francisco Santos PI, devem ter como objetivo final a redução das desigualdades com medidas imediatas e eficazes para minimizar a convivência com a fome e prevenir a ocorrência deste agravo na comunidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Atos do Poder Legislativo. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 12 de janeiro de 2004, Seção 1, p. 1-2, 2004.
- 2 Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]; Brasília (DF) 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm Acesso em: 10 de setembro de 2011
- 3 Marin-Leon 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 [Internet]. 2005 Out; 21(5): 1433-1440. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200500050 Acesso em : 23 de Nov de 2011
- 4 Anschau FR, Matsoo T, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. Rev. Nutr. [Internet]. 2012 Apr; 25(2): 177-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732012000200001&lng Acesso em : 23 de Nov de 2011
- 5 Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Marin-Leon L, Yuyama L, Vianna RPT et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: Ortega J, organizador. Iniciativa América Latina sinHambre: artículos premiados en el día Mundial de la Alimentación-2007. Disponível em: <<http://www.rlc.fao.org/iniciativa>>. Acesso em : 12 de ago de 2012
- 6 Antunes MML, Sichieri R, Salles-Costa R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Aug; 26(8):1642-1650. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800017&lng Acesso em : 20 de out de 2012

7 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004 a 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/segurancaf>>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

8 Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. Secretaria de Programas Regionais. Conviver: Cartilha do Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semi-Árido. 2009. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/programasregionais> Acesso em: 2011 nov 14

9 Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Contagem da População. IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php> Acesso em: 2012 ago 2012

10 Segall-Correa AM, Marin-Leon L, Helito H, Perez-Escamilla R, Santos LMP, Paes-Sousa R. Transferencia de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. Rev Nutrição. Brazilian Journal of Nutrition. Pontífica Universidade Católica de Campinas. Faculdade de Nutrição – Campinas, SP, v.21 (Suplemento): 39s-51s, jul./ago., 2008

11 PEREZ-ESCAMILLA R, SEGAL-CORRÊA AM, MARANHA LK, SAMPAIO MFA, 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. The Journal of Nutrition, v. 134, s/n, p. 1923-8, 2004.

12 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. (In) Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. São Paulo: UNICAMP, 2004. Disponível em: <http://www.unicampi.br/unicamp/unicamp> Acesso em: 2011 jul 05

13 Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. Rev de Nutrição, Campinas, 21(sup): 111s-122s, jul/ago, 2008.

14 Gubert MB, Benicio MHA; Santos LMPC. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, Aug. 2010
Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000800013&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Jun 2013

15 Panigassi, G, Segall-Corrêa. AM, Marín-Leon. L, Perez-Escamilla. R, Sampaio. MFA, Maranh. LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10): 2376-2384. out, 2008.

16 Leão M. Segurança alimentar e risco de sobrepeso e obesidade em famílias de crianças menores de 6 anos. [Dissertação]. Brasília: UnB, 2005

17 Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. Disponível em [http://www. ibge. gov. br/home/estatistica/população](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população) Acesso em 03 de jun de 2013

18 Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da região metropolitana do Rio de Janeiro Brasil. Rev. Brás. Est. Pop., Rio de Janeiro, v.26. n.2. p. 283-294, jul-dez.

4.2 Manuscrito 2 – Artigo Publicado

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al. ISSN 2175-5361
Health profile...

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PPgenf Programa de Pós-graduação em Enfermagem UNIRIO

Revista de Pesquisa: CUIDADO É FUNDAMENTAL Online ISSN 2175-5361

ESCOLA DE ENFERMAGEM E E A P UNIRIO

Ministério da Educação

SAÚDE, ENVELHECIMENTO E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

HEALTH PROFILE OF STUDENTS OF A NETWORK OF MUNICIPAL URBAN EDUCATION

PERFIL DE SAÚDE DOS ESTUDANTES DE UMA REDE DE ENSINO MUNICIPAL URBANA

PERFIL DE SALUD DE LOS ALUMNOS DE UNA RED DE EDUCACIÓN URBANA MUNICIPAL

Marília Gomes de Sousa Bezerra¹, Theonas Gomes Pereira², Layana Rodrigues Chagas³,
Layana Rodrigues Chagas⁴, Olga de Fátima Jansen dos Santos⁵, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes⁶

ABSTRACT

Objective: To know the health status of students from municipal schools from Vera Mendes, in Piauí. **Method:** Quantitative research, conducted with 60 students from 5 to 19 years, by anthropometric evaluation and biochemical analyzes. **Results:** In body mass index, pupils from 5 to 10 years had a prevalence of 6.2% for obesity and thinness. From 10 to 19 years, the overweight prevailed with 21.4%. The percentage of low height for age among students of both age groups was 12.5% and 25.0%, respectively. The anemia was characterized as mild for 56.6% of female students and 43.3% of male. Triglycerides and LDL-c are shown enlarged and reduced HDL-c pointing to the risk of harm to health. Of those students 41% had parasites. **Conclusion:** This study shows the need of putting measures feasible of health promotion into practice. **Descriptors:** Nutritional status, Students, Health, Risk factors, Prevalence.

RESUMO

Objetivo: Conhecer o estado de saúde dos estudantes da rede municipal de ensino de Vera Mendes no Piauí. **Método:** Pesquisa quantitativa, desenvolvida com 60 escolares de 5 a 19 anos, por meio da avaliação antropométrica e análises bioquímicas. **Resultados:** No índice de massa corporal, os alunos de 5 a 10 anos tiveram prevalência de 6,2% para obesidade e para magreza. De 10 a 19 anos prevaleceu o sobrepeso com 21,4%. O percentual de baixa estatura para idade entre os escolares de ambas faixas etárias foram de 12,5% e 25,0% respectivamente. A anemia se caracterizou de forma leve para 56,6% dos estudantes do sexo feminino e 43,3% do masculino. Os triglicérides e LDL-c se mostraram aumentados e HDL-c reduzido apontando para o risco de agravos na saúde. Dos alunos 41% apresentaram parasitoses. **Conclusão:** O estudo mostra a necessidade de se colocar em prática medidas factíveis de promoção da saúde. **Descritores:** Estado nutricional, Escolares, Saúde, Fatores de risco, Prevalência.

RESUMEN

Objetivo: Conocer el estado de salud de los estudiantes de las escuelas municipales de Vera Mendes, en Piauí. **Método:** Investigación cuantitativa, realizada con 60 niños de 5 a 19 años de edad, por medio de la evaluación antropométrica y de análisis bioquímicos. **Resultados:** En lo índice de masa corporal, los alumnos de 5 a 10 años tuvieron una prevalencia de 6,2% para la obesidad y la delgadez. De 10 a 19 años, prevaleció el sobrepeso con 21,4%. El porcentaje de la baja talla para la edad entre los estudiantes de ambos los grupos de edad fueron 12,5% y 25,0%, respectivamente. La anemia se caracteriza de forma leve para 56,6% de los estudiantes del sexo femenino y 43,3% del masculino. Los triglicéridos y el LDL-c se muestran ampliados y el HDL-c reducido, apuntando para el riesgo de daño a la salud. De esos estudiantes, 41% tenían parásitos. **Conclusión:** Este estudio muestra la necesidad de implementar medidas posibles de promoción de la salud. **Descriptores:** Estado nutricional, Estudiantes, Salud, Factores de riesgo, Prevalencia.

¹ Nutricionista, Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade NOVAFAPI. Rua São José, 209 Centro Picos-PI. Fone (89)9925-9505. marilia_gsb@hotmail.com. ² Nutricionista, Mestre em Ciências e Saúde, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Nutrição da Faculdade NOVAFAPI tpereira@novafapi.com.br. ³ Nutricionista, Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade NOVAFAPI layanarodrigues@escoladepostura.com.br. ⁴ Nutricionista, Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade NOVAFAPI smvasconcelos@novafapi.com.br. ⁵ Enfermeira, Mestranda em Saúde da Família pela Faculdade NOVAFAPI olgafpj@hotmail.com. ⁶ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Professora do Programa de Mestrado acadêmico em Enfermagem da UFPI. benevina@ufpi.edu.br.

INTRODUÇÃO

No Brasil tem sido detectada a progressão da transição nutricional na população. O processo de transição nutricional, embora atingindo o conjunto da população, diferencia-se em momentos e em intensidade, conforme o segmento socioeconômico considerado¹.

O conhecimento e acompanhamento da situação nutricional constituem instrumentos essenciais para a aferição das condições de saúde da população infantil, além de oferecer medidas objetivas das condições de vida da população em geral².

O consumo de alimentos de densidade energética, com altos teores de açúcar e gorduras, ou excessivamente ricos em sódio tem se ampliado. Conseqüentemente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o *diabetes mellitus* e as doenças cardiovasculares, são cada vez mais comuns, inclusive em crianças³.

O Estado brasileiro tem implantado políticas públicas sociais no sentido de reduzir os riscos de problemas nutricionais, dentre essas políticas destaca-se o Programa Nacional de Alimentação escolar (PNAE), que completou, em 2004, 55 anos de existência. Após mais de meio século de funcionamento, o PNAE está presente em quase todos os municípios brasileiros e é considerado o maior programa de suplementação alimentar no Brasil, tendo em vista sua abrangência e seu alcance⁴.

Vale ressaltar que a alimentação escolar desempenha um papel fundamental no processo de aprendizagem e desenvolvimento do aluno, ao mesmo tempo em que também garante um suprimento mínimo de alimentos às populações carentes. Dentro desse contexto, o PNAE pode ser

considerado um importante programa de garantia à segurança alimentar no Brasil⁵.

A promoção da saúde na escola se caracteriza pela atuação concomitante de três grandes áreas: ambiente saudável, participação dos serviços de saúde e educação em saúde⁶. Nesse sentido, a escola é um ambiente propício para a concretização de iniciativas de promoção da saúde, com incentivo ao desenvolvimento saudável e relações construtivas e harmônicas, que contribuem para a formação de cidadãos críticos⁷.

Diante do exposto este estudo foi planejado e conduzido com a finalidade de conhecer o estado de saúde de escolares da rede municipal de ensino da zona urbana do município de Vera Mendes no Estado do Piauí e correlacionar com fatores de risco.

METODOLOGIA

Estudo de caráter epidemiológico do tipo descritivo, transversal que foi conduzido, implantado e desenvolvido com os escolares, de uma escola pública da rede municipal de ensino localizada na zona urbana do município de Vera Mendes - Piauí.

Da amostra total estimada (70 escolares), foram analisados 60 escolares. O estudo registrou 10 perdas, representando 14,28% da amostra estimada, não sendo possível a sua reposição. As perdas foram em decorrência da ausência da criança no dia da coleta de sangue, inconsistência nos dados de identificação, bem como alterações no material biológico, que impossibilitaram análises bioquímica.

Para a coleta de dados os alunos foram conduzidos em jejum, através do transporte escolar, cedido pela prefeitura, para o Posto de Saúde do Município para a realização dos exames.

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

Health profile...

As amostras de sangue para as determinações da glicemia de jejum, do perfil lipídico e hemograma completo foram colhidas em jejum de 10 - 12 horas, no início da manhã, por punção venosa periférica utilizando-se agulhas e seringas descartáveis. Estes exames foram coletados por uma equipe treinada composta de: um técnico em laboratório, um enfermeiro e um técnico em enfermagem. O sangue foi distribuído em 3 tubos, os quais foram identificados com etiquetas contendo o nome completo do indivíduo e a data da colheita. Posteriormente foram armazenados em isopor térmico, em seguida transportadas para o Laboratório de Referência da Secretaria Municipal de Saúde onde foram ser realizados os exames.

Para o hemograma foi utilizado o reagente EDTA e a leitura automatizada foi feita pelo aparelho ABX PENTRA-60. A anemia ferropriva foi definida mediante dois pontos de corte para a hemoglobina. A recomendação mais recente indica anemia quando a concentração de hemoglobina é $Hb < 11,5g-dL$ para crianças na faixa etária de 6 a 11 anos, e mantém $Hb < 12,0g-dL$ a partir dos 12 anos. A Organização Mundial de Saúde - OMS preconiza a anemia com os seguintes critérios: a forma leve da doença quando concentração de Hb entre 9 e 11 g/dL, a forma moderada ($Hb > 7$ e < 9 g/dL) e a forma grave, caracterizada como hemoglobina inferior a 7 g/dL⁷.

Para diagnóstico da Diabetes Mellitus foi utilizado o parâmetro de Glicose $< 100md-dl$. Os parâmetros utilizados para diagnóstico da anemia e da diabetes foram baseados no proposto pela Organização Mundial de Saúde⁷.

Na avaliação das concentrações lipídicas o colesterol total e frações foram analisados por meio de método Esterase-Peroxidase, utilizando-se o aparelho Micronal Colorimétrico Fotoelétrico. Para análise do HDL-colesterol, utilizou-se o

mesmo aparelho e método acima descrito, logo após precipitação das lipoproteínas de baixa densidade. O LDL-colesterol foi obtido através da fórmula de Freidewald. Na análise dos triglicérides foi realizada pelo método Gliceril Fosfato Oxidase-Peroxidase através de uma leitura automatizada (aparelho A15 BYO SYSTEMS). Os triglicérides foram medidos fotometricamente após reação enzimática (glicerol peroxidase automatizado). Os pontos de corte utilizados foram propostos pelas normas das III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias, em que valores desejáveis para $CT < 170mg-dl$, $LCL-c < 110mg-dl$, $HDL-c > 40$ mg-dl (< 10 anos) e $> 35md-dl$ (> 10 anos), bem como para $TGL-c < 100mg-dl$ (< 10 anos) e $130mg-dl$ (> 10 anos).

Para a coleta do material parasitológico foram distribuídos aos pais dos escolares coletores universais previamente identificados com o nome do aluno, data de nascimento e nome da escola. Os pais ou responsáveis pelos escolares receberam um folder orientando sobre a coleta do material. O material foi entregue pelos pais dos escolares e posteriormente analisado de através de uma leitura microscópica através do método de Wolfom.

Na realização do exame antropométrico peso e altura foram coletados conforme técnicas sugeridas pelo Ministério da Saúde⁸. Os escolares foram pesados no posto de saúde, no mesmo dia do exame. O estado nutricional foi avaliado por meio das curvas de crescimento da OMS (estatura-idade, peso-idade e IMC para idade)⁷. Para obtenção do peso corporal foi utilizada uma balança mecânica de plataforma, marca Michelletti com capacidade para 150 kg e precisão de 100g. Os escolares foram pesados com roupas leves, em posição vertical e mantendo-se no centro da balança. A altura foi aferida com um antropômetro fixo à balança, marca Micheletti, precisão de 0,5

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

cm. Os escolares foram medidos sem sapatos, com os pés juntos e com os calcanhares, região glútea e ombros encostados a uma superfície vertical do antropômetro.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAP, e aprovado por protocolo de pesquisa n 0132.0.043.000-10, de acordo com a resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes do início da pesquisa, foram estabelecidos contatos com a Prefeitura Municipal de Vera Mendes a fim de se obter custeio e autorização da mesma.

Seguindo - se o protocolo, o projeto foi apresentado aos pais ou responsáveis pelos escolares, a fim de se obter autorização, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação dos mesmos. Todos foram esclarecidos sobre os objetivos, procedimentos e benefícios da pesquisa, inclusive sobre a livre escolha de a criança participar ou não da pesquisa e também a possibilidade de retirar-se da pesquisa no momento que desejasse, sem qualquer prejuízo.

Ao final da pesquisa os resultados foram apresentados a Secretaria Municipal de Saúde e a aos pais ou responsáveis pelos escolares para que fosse realizada a intervenção nos exames que diagnosticaram alguma alteração.

Utilizou-se o software Excel 7.0. Para a confecção e análise de gráficos e tabelas que estão disponíveis na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados do presente estudo serão apresentados da seguinte forma: inicialmente pelo perfil de saúde dos escolares, seguidos da situação nutricional, envolvendo a avaliação

antropométrica e análise bioquímica do grupo pesquisado.

Perfil Demográfico dos Escolares

A população estudada foi de 60 escolares. Com relação ao sexo observou-se que 34 (56,66%) eram do sexo masculino e 26 (43,33%) do sexo feminino. A distribuição dos escolares nos estratos etários foi: 5 a 10 anos com 32 escolares (53,33%), 10 a 19 anos com 28 escolares (46,66%).

Avaliação Antropométrica.

Na avaliação do estado nutricional, utilizando as curvas de crescimento da OMS⁷ foram encontrados os seguintes resultados: para escolares de 5 a 10 anos observa-se que 93,75% estavam com peso adequado para idade e 87,5% com altura adequada para idade enquanto que os escolares com faixa etária de 10 a 19 anos apresentaram 75,0% altura adequada para idade. O percentual de baixa estatura para idade entre os escolares de ambas faixas etárias foram de 12,5% pra os de 5 a 10 anos e 25,0% para os de 10 a 19 anos.

No parâmetro IMC-Idade observou-se para os escolares de 5 a 10 anos uma prevalência de 6,23% tanto para magreza quanto para a obesidade, na faixa etária de 10 a 19 anos prevaleceu o sobrepeso 21,42% e magreza 7,14%.

Análise Bioquímica

A prevalência de concentrações inadequadas de hemoglobina para escolares do sexo feminino foi 56,6%, enquanto os escolares do sexo masculino apresentaram um percentual de 43,3%.

Na avaliação da glicemia de jejum não houve nenhuma alteração. Todos os escolares encontram-se com resultados adequados dentro do proposto pela OMS⁷.

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

Com relação a análise do perfil lipídico, observaram-se alterações nas duas faixas etárias: os escolares de 5 a 10 anos apresentaram Triglicérides-c e LDL-c elevados 12,5% e 9,37% respectivamente e HDL-c diminuído 37,5%. Quanto os escolares com faixa etária de 10 a 19 anos observou-se uma menor alteração no percentual com Triglicérides-c de 3,70%, HDL-c diminuído, representando 25,92% e LDL-c sem alterações.

No resultado do exame parasitológico foi observado que 41% dos escolares apresentaram alguma parasitose. Percebe-se que os parasitas mais frequentes são: Cistos de *Entamoeba coli* (10,0 %), Cistos de *Endolimax nana* (7,0%), *Entamoeba histolytica* (5,0%), *Endolimax nana* e *Entamoeba coli* (5%), no mesmo escolar, e Cistos de *Giardia lamblia* e *Enterobios vermiculares*, ambos com 2%. Na realização do exame parasitológico houve uma perda de 8% da amostra.

No que se refere aos parâmetros antropométricos, no município de Vera Mendes observou-se que a obesidade e a magreza estão presentes em todas as faixas etárias. A faixa etária de 10 a 19 anos apresentou a estatura para idade inadequada duas vezes maior (25,0%) do que a encontrada nos escolares de 5 a 10 anos (12,5%). Quando comparados os dois métodos de avaliação antropométrica, o IMC parece ser mais sensível para detectar sobrepeso e obesidade, quando comparados os dois outros parâmetros antropométricos.

Estudo realizado na Região Sul do Brasil, comparando resultados de avaliação antropométrica de crianças menores de cinco anos em 2004, com resultados anteriores de 1995, revelou um aumento de 92% na prevalência de obesidade infantil (índice P/E superior a dois desvios padrões da média⁹. Em Feira de Santana-Ba, um estudo para avaliação do estado nutricional entre crianças de 5 a 9 anos de idade,

Health profile...

matriculadas na Rede Pública e Privada de Ensino, verificou-se uma prevalência de 9,3% de sobrepeso e 4,4% de obesidade. Não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa entre os sexos e idade¹⁰.

De acordo com a chamada nutricional realizada no semi-árido nordestino, a prevalência de formas crônicas de desnutrição identificadas pelo encontro de déficits de crescimento (baixa altura para a idade) foi de 6,6%. Déficit de peso para a altura, que identifica formas agudas de desnutrição, foram raros entre as crianças estudadas - 2,5% - pouco ultrapassando o limite "normal" de 2,3% aceito para este indicador. Marcadas diferenças entre os estratos sociais foram encontradas quanto à prevalência de déficits de altura para idade, mas não quanto à prevalência de déficits de peso para altura⁸.

No Brasil, tem sido observada uma diminuição na prevalência de desnutrição, em paralelo ao aumento dos casos de sobrepeso e obesidade, o que representa um incremento aos riscos de ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Apesar de estar em menor prevalência, a desnutrição infantil ainda configura-se no panorama atual da saúde, associada à maior ocorrência e ao agravamento de infecções na infância¹¹.

As evidências indicam que o meio ambiente permeado pelas condições materiais de vida e pelo acesso aos serviços de saúde e educação, determina padrões característicos de saúde e doença na criança. Variáveis como, renda familiar, escolaridade, entre outras, estão condicionadas, em última instância, à forma de inserção das famílias no processo de produção, refletindo na aquisição de alimentos e, conseqüentemente, no estado nutricional¹².

Na avaliação do estado nutricional pode-se supor que os resultados positivos encontrados

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

sejam consequência de melhorias ocorridas no Município de Vera Mendes, nas últimas décadas. De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (2008), diminuíram as taxas de analfabetismo, aumentou a escolaridade média em anos de estudo e reduziu-se a taxa de mortalidade infantil e desnutrição. Com isso, não se descartam as diferenças regionais. Ainda ocorre a questão da má nutrição, em que indivíduos estão alimentados, mas não estão nutridos, mostrando nos resultados a ocorrência de magreza e obesidade na mesma proporção¹³.

A deficiência de micronutrientes, também denominada de fome oculta, tem sido considerada como um importante problema de saúde pública, em termos de magnitude, distribuição espacial e efeitos deletérios à saúde¹.

A prevalência de anemia encontrada nos escolares de Vera Mendes foi de 15,0%. Este resultado é bem próximo dos 14,3% encontrados em pesquisa realizada em Teresina PI¹⁵. A OMS preconiza a anemia com os seguintes critérios: a forma leve da doença quando concentração de Hb entre 9 e 11 g/dL, a forma moderada (Hb >7 e <9 g/dL) e a forma grave, caracterizada como hemoglobina inferior a 7 g/dL⁷. Estudo realizado com pré-escolares no Estado da Paraíba encontrou uma prevalência de 36,4% de anemia, sendo que 29% possuíam a forma leve da doença, 6,8% a forma moderada e 1% a forma grave¹⁴. A anemia é uma das carências nutricionais de maior prevalência em crianças em todo o mundo e é responsável por alterações importantes de crescimento e desenvolvimento infantil. No município de Vera Mendes, a prevalência de anemia nos escolares do sexo feminino (56,6%) foi maior do que no sexo masculino (43,3%). Este resultado difere da literatura disponível, uma vez ter sido reportada uma susceptibilidade maior dos escolares do sexo masculino à presença de anemia,

Health profile...

bem como a carência de micronutrientes como a vitamina A. Um estudo se reportou que dados oriundos de países da África e da Ásia mostraram também maior vulnerabilidade de escolares do sexo masculino à anemia ferropênica¹⁵.

No que diz respeito à prevenção e tratamento da anemia ferropriva na infância, a fortificação de alimentos com ferro tem revelado ser uma solução de baixo custo e eficiente no combate à carência deste mineral⁸. A fortificação das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico tornou-se obrigatória desde junho de 2004. O Ministério da Saúde preconiza também a suplementação profilática de ferro em crianças de 6 a 18 meses de idade. Segundo o Programa Nacional de Suplementação de ferro, criado no ano de 2005, crianças nessa faixa etária devem receber doses semanais de 25 mg de ferro elementar, na forma de sulfato ferroso, sendo a cobertura populacional universal.

A fortificação de alimentos é uma medida que tem obtido sucesso na redução da prevalência de anemia em estudos conduzidos no Brasil e no exterior. Porém é importante que implementem, conjuntamente com sistemas de monitoramento e fiscalização de produtos fortificados¹⁶.

Na análise do perfil lipídico observou-se que 18,33% dos escolares apresentaram colesterol elevado. Na faixa etária de 5 a 10 anos estão com índices elevados de LDL-c e TG-c e que o HDL encontra-se diminuído em ambos os grupos de diferentes faixas etárias. Baixos níveis de HDL-c são fatores de risco importante para a aterosclerose. Santos e Simpósio relataram que a principal dislipidemia associada à obesidade é caracterizada por elevações leves e moderadas do TGL e diminuição do HDL-c¹¹. As dislipidemias são consideradas um dos principais fatores determinantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.): 208-216

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

Health profile...

Elevadas concentrações de triglicerídeos plasmáticos, colesterol total sua fração LDL-c, associadas à diminuição nos valores e HDL-c, aumentam a probabilidade do desenvolvimento dessas enfermidades¹⁴.

O desenvolvimento agrícola nas últimas décadas levou ao aumento da disponibilidade de alimentos e ao incremento da produção de alimentos industrializados. A crescente urbanização da população e o acesso a produtos processados acarretaram modificações na alimentação de grande parcela da população. A maior parte das dislipidemias em crianças e adolescentes deve estar relacionada a hábitos alimentares e costumes individuais e familiares inadequados, como a inatividade física, consumo reduzido de frutas e hortaliças e maior ingestão de açúcares, gorduras e alimentos industrializados, o que repercute a maior prevalência de déficits nutricionais¹⁷.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (2008) IBGE, no Brasil a disponibilidade de alimentos cresce associada a mudanças na composição da dieta, principalmente no aumento da disponibilidade de produtos como carnes, leites e derivados, óleos e gorduras vegetais, biscoitos e refrigerantes e redução de cereais e leguminosas¹³.

No presente estudo foi constatado que 41% apresentaram algum tipo de parasitose, destacando-se uma maior prevalência de Cistos de *Entamoeba coli*, Cistos de *Endolimax nana*, *Entamoeba histolytica*, Cistos de *Giardia lamblia* e *Enterobios vermiculares*. Estudo realizado em Caxias do Sul- RS com escolares de 6 a 14 anos encontrou uma maior prevalência a infestação por *Enterobios vermicularis* e os protozoários: *Giardia lamblia* e *Entamoeba coli*¹⁸. No município de Sorocaba-SP encontrou os mesmos parasitas, com uma maior prevalência de *Giardia lamblia*¹⁹.

Em relação à presença de parasitas relacionados encontrados nas diferentes faixas etárias percebe-se que os resultados encontrados foram semelhantes aos descritos na literatura, chamando a atenção para que estudos do tipo inquérito epidemiológico sejam inseridos no sistema de saúde municipal. Assim, essas causas são potencialmente passíveis de prevenção. Deve-se fazer uma educação em saúde mais ativa, de forma a integrar essas noções ao cotidiano de cada indivíduo.

De acordo com Pesquisa Nacional de Saneamento Básico realizada em 2008, o único serviço de saneamento que não chegou próximo à totalidade de municípios foi a coleta de esgoto por rede geral, que estava presente em 52,2% dos municípios em 2000 e passou a 55,2% em 2008. Dos 33 municípios sem rede de água em 2008, 21 se localizavam na região Nordeste, com destaque para os estados da Paraíba (11 municípios) e Piauí (5). O Nordeste tinha o maior percentual de municípios com outras formas de abastecimento (30,1%), sendo que os maiores percentuais entre os estados estavam no Piauí (58,3%), Ceará (35,9%) e Maranhão (30,4%)²⁰.

CONCLUSÃO

Este estudo revela a seguinte situação dos escolares do município de Vera Mendes - PI: quanto ao estado nutricional percebe-se que o sobrepeso e a obesidade vêm aumentando enquanto o baixo peso e a desnutrição vêm sendo reduzida.

No que se refere às análises bioquímicas o estudo mostra que a prevalência da anemia é menor em Vera Mendes quando comparadas a outros estudos.

Quanto ao aumento das dislipidemias: triglicérides e LDL-c aumentado e HDL-c reduzido

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR et al.

apontam para o risco de agravos na saúde dos escolares e no que se refere à análise das parasitoses o estudo aponta a necessidade da educação ativa que influencia a prevalência de parasitoses.

O estudo aponta a necessidade do planejamento de políticas públicas voltadas para as questões de alimentação e nutrição, é importante que as diferenças regionais sejam consideradas, apontando demandas específicas no seu processo de implantação e implementação. Que os esforços sejam empenhados na melhoria da educação para que reflita positivamente a frequência do aluno e no aprendizado efetivo; para que isto ocorra, os escolares têm que estar bem motivados, bem nutridos e alimentados.

Nesse sentido se faz necessário colocar em prática medidas factíveis de promoção da alimentação saudável, destacando-se neste contexto, o espaço e o ambiente na escola.

REFERÊNCIAS

1. Filho MB, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad. Saúde Pública. 2003. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20-02-10.
2. Ferreira VA, Magalhaes R. Nutrição e Promoção da saúde: perspectivas atuais. Cad. Saúde Pública 2007; 23(7) Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 08-02-10.
3. Bernardon R, Silva JRM, Cardoso GT. Construção da metodologia de capacitação em alimentação e nutrição para educadores. Rev. Nutr. 2009; 22(3). Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18-03-10.
4. Takagi MA. Implantação da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: seus limites e desafios (tese). Campinas: R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.): 208-216

ISSN 2175-5361

Health profile...

Universidade Estadual de Campinas, 2006. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18-03-10.

5. Belik W, Chaim NA. O Programa Nacional de Alimentação escolar e a gestão municipal: eficiência administrativa, controle social e desenvolvimento local. Rev. Nutr. 2009; 22(5) Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 10-02-2010.

6. Schimtz BAS, Recine E, Cardoso GT. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma estratégia educacional para a promoção da alimentação saudável na rede de ensino infantil e fundamental. Tecendo redes. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20-02-10.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Suplementação do Ferro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: www.nutricao.saude.gov.br. Acesso: 10-09-2010.

8. _____. Ministério da Saúde e Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Análise do inquérito: Chamada Nutricional 2005. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 10-09-2010.

9. Cesar JA, Mendonza-Sassi R, Horta BL, Ribeiro PRP, D'ávila AC, Santos PB, Brandolt RR. Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. Jornal de Pediatria 2006; 82(6):

Bezerra MGS, Pereira TG, Chagas LR *et al.*

444, 2006. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 30-08-2010.

10. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 2000; 320:1240 - 1243. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 20-08-2010.

11. Gama SR, Carvalho MS, Chaves CRMM. Prevalência em crianças de fatores de risco para as doenças cardiovasculares. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(9): 2239 - 2245. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 05-09-2010.

12. Neves OMD, Brasil ALD, Brasil LMBF, Taddei JAAC. Antropometria de escolares ao ingresso no ensino fundamental na cidade de Belém, Pará, 2001. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil* 2006; 6(1). Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 18-03-2010

13. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 03-09-2010

14. Oliveira AMA, Cerqueira EMM, Oliveira AC. Prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na cidade de Feira de Santana-BA: detecção na família X diagnóstico clínico. *Jornal de Pediatria* 2003; 79(4):325 - 328. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 30-08-2010

15. Santos MM, Diniz AS, Nogueira NN. Concentrações de hemoglobina e ferritina sérica em escolares da rede pública municipal de Teresina, Piauí, Nordeste do Brasil. *Ver. Bras. Saúde Materno Infantil* 2008; 8 (4): 419-426. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.): 208-216

Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 28-08-2010

16. Heijblom GS, Santos, LMP. Anemia ferropriva em escolares da primeira série do ensino fundamental da rede pública de educação de uma região de Brasília, DF. *Rev. bras. epidemiol.* [online] 2007; 10(2): 258-266. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso:03-09-2010

17. Grillo LP, Crispim SP, Siebert NA, Andrade ATW, Rossi A, Campos IC. Perfil lipídico e obesidade em escolares de baixa renda. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(1):75 - 81. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso:08-09-2010

18. Basso RM. Evolução da prevalência de parasitoses intestinais em escolares em Caxias do Sul, RS. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online] 2008; 41(3):263-268. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 08 set. 2010.

19. Peres EA, Carvalho IV, Barrella W, Mergulhao MC. Ocorrência de parasitos intestinais e intervenção educativa em uma escola estadual na cidade de Sorocaba. *Revista eletrônica de Biologia* 2009; 2(4):26-37. Disponível em: www.pucsp.com.br. Acesso em 05-09-2010.

20. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 11-09-2010.

Recebido em: 01/10/2011

Aprovado em: 20/11/2011

4.3 Cartilha

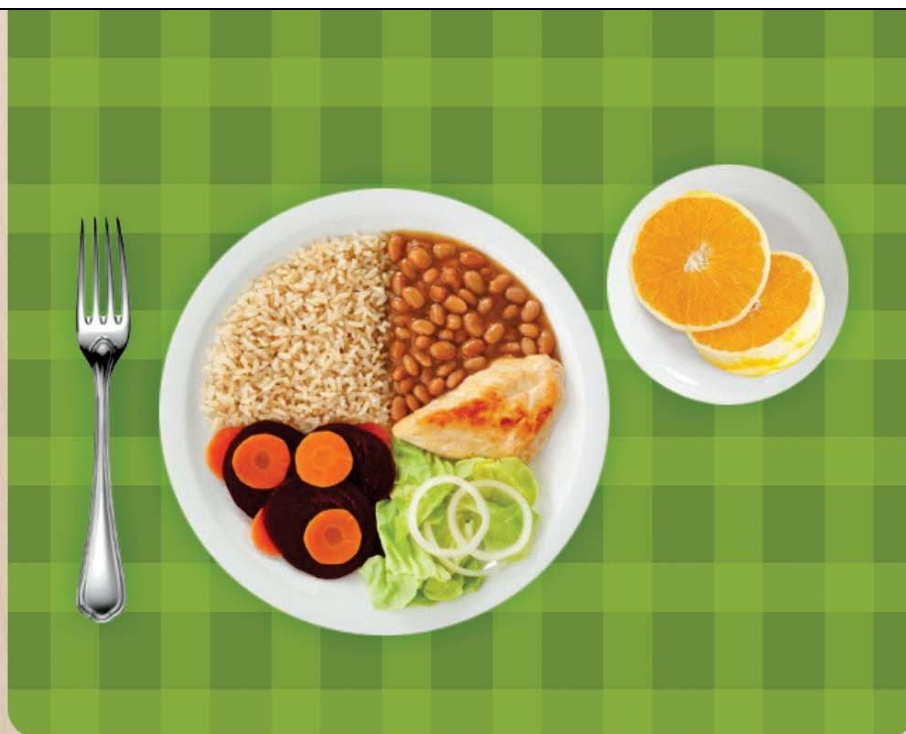


ALUNA:
Marília Gomes de Sousa Bezerra

PROFESSOR ORIENTADOR:
Gerardo Vasconcelos Mesquita

IMAGENS:
Divulgação

DIREÇÃO DE ARTE/DIAGRAMAÇÃO:
Jéssica Almondes



Segurança Alimentar e Nutricional

É a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2004; 2006).



A importância do alimento seguro

Alimento seguro é aquele que não oferece perigos à saúde e à integridade do consumidor. Os perigos podem ser biológicos (bactérias, vírus, fungos), químicos (desinfetantes, inseticidas, agrotóxicos etc) ou físicos (resíduos sólidos).



É essencial que todos tenham acesso regular e permanente ao alimento seguro, na devida **quantidade** e **qualidade**.

Para produzir um **alimento seguro** e de **qualidade**, as boas práticas de fabricação e manipulação devem ser seguidas e respeitadas para que o produto não fique apenas bonito e gostoso, mas também livre de qualquer tipo de contaminação.

Saúde pessoal

Fatores que contribuem para uma boa saúde especialmente quando combinados:

Alimentação
Saudável



Lazer
*físico, mental
e espiritual*

Boa
Higiene



Importante

A higiene pessoal e o comportamento ao manipular alimentos também devem ter sua atenção, porque ajudarão a manter a sua saúde em dia para o trabalho. Mas, às vezes, aparece uma vontade incontrolável de espirrar ou de tossir. Quando isso acontecer, afaste-se e coloque as mãos sobre a boca para proteger o alimento que você estava preparando. Antes de continuar sua tarefa, lave as mãos. Outra coisa comum na cozinha é machucar as mãos ou os braços. Quando você se ferir ou pegar um resfriado, deixe de trabalhar diretamente com o alimento, faça outra tarefa que não coloque em risco o alimento.



Manipulador de alimentos

é a pessoa que trabalha com alimentação, ou seja, que produz, vende, transporta, recebe, prepara e serve o alimento. Existe uma série de regras que o manipulador de alimentos deve seguir.



Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)

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 segurança alimentar e nutricional da população.



O que fazer caso esse direito for violado?

Pode-se recorrer aos seguintes órgãos:
Conselho Municipal de Segurança Alimentar,
Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal
de Assistência Social, Ministério Público.

Referências

BRASL. Atos do Poder Legislativo. Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 12 de janeiro de 2004, Seção 1, p. 1-2, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**; Brasília (DF) 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm Acesso em: 10 de setembro de 2011.

Marin-Leon 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p. 1433-1440, 2005.



MESTRADO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo observa-se que a elevada prevalência de IA identificada supera os achados encontrados em diversas regiões do Brasil. Os resultados obtidos indicam significância estatística de Insegurança Alimentar com as seguintes variáveis: rendimentos familiares, localidade do domicílio, gastos com alimentação e número de cômodos da casa. Diante disso, as políticas de segurança alimentar e nutricional, em Francisco Santos PI, devem ter como objetivo final a redução da desigualdades como medidas imediatas e eficazes para minimizar rapidamente a convivência com a fome e prevenir a ocorrência deste agravo na comunidade.

Ações de Segurança Alimentar e Nutricional devem ser constantemente trabalhadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando um embasamento para os profissionais de saúde como educadores e para que estes possam desenvolver ações de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional no território em que trabalham.

Reconhece-se que medidas devem ser desenvolvidas pelo poder público, ao quem compete o dever de promover, respeitar, proteger e prover o direito humano à alimentação adequada; pelas entidades que representam esse público, as quais é conferido o papel de defender seus direitos; bem como por outras instâncias capazes de intervir positivamente sobre cenários insatisfatórios, como as instituições de ensino, a partir do empoderamento, dos titulares de direito e monitoramento da situação na qual se encontram, e ainda pelo Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, espaço de controle social da condição de SAN, dos piauienses.

REFERÊNCIAS

ABRANDH – Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. **A exigibilidade do direito humano á alimentação adequada**. [Internet]Brasília (DF): ABRANH, 2009. Disponível em: <<http://www.abranh.org.br/apostila>>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

ALBERTO, N. S. M. C. **Resultados do Programa Fome Zero/Cartão Alimentação sobre a Disponibilidade de Alimentos e de Nutrientes em Famílias do Município de Guaribas – Piauí**. 2005. 82 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Universidade Federal do Piauí, Piauí, 2005.

ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [Internet], Recife, v.7, n.3, p. 319-326, 2007. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 3, Sept. 2007 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-3829200700>. Acesso 15 jun 2011.

ANSCHAU, F.R.; MATSOO, T.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Rev. Nutr.** [Internet]. 2012 Apr; 25(2): 177-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200001&lng Acesso: 2012 Set 29

ANTUNES, M. M. L.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública** [Internet], v.26, n.8, p. 1642-1650, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext Acesso: 2012 ago 12

BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**[Internet]; Brasília (DF) 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm Acesso em: 10 de setembro de 2011

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. Secretaria de Programas Regionais. **Conviver: Cartilha do Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semi-Árido** [Internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/programasregionais/publicacoes/conviver.asp>>. Acesso em: 14 de novembro de 2011.

_____. Ato do Poder Legislativo. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 12 de janeiro de 2004, Seção 1, p. 1-2, 2004.

_____. Constituição Federal Nº 1988, de 05 de outubro de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União** [Internet], 1988. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes . Acesso em: 13 de outubro de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde**. [Internet] Brasília (DF): Ministério da Saúde, 61p.,2008.Disponível em: <http://www.fag.edu.br/professores/fabiana/Est%E1gio%20ESCOLA/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 11 de novembro de 2011.

BELIK, W. As várias dimensões da Fome. **Jornal da Unicamp** [Internet], de 12 a25 junho,p.2, 2006. Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/jornalpdf>. Acesso em: 10 de agosto 2011.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional.**Ciência e Saúde Coletiva** [Internet], v.12, n.6, p. 1441-1451, 2007. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600007&>. Acesso 29 Set 2011.

FREITAS, M. C. S; PENA, P. G. L. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura.**Revista de Nutrição** [Internet], v.20, n.1, p. 69-81, 2007. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso 29 Set 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004 a 2009**[Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2008_2009/pnadalimentar.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Contagem da População** [Internet]. IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

MARIN-LEON, L.; SEGAL-CORRÊA, A. M.; PANIGASSI, G.; MARANHA, L. K.; SAMPAIO, M. F. A.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil.**Cadernos de Saúde Pública**[Internet], v.21, n.5, p. 1433-1440, 2005; 21(5): 1433-1440. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200500050 Acesso 2013 Nov 11

LANG, R. M. F.; ALMEIDA, C. C. B.; TADDEI, J. A. A. C. Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de famílias de trabalhadores rurais Sem Terra.**Ciência & Saúde Coletiva**, [Internet] v.16, n.7, p. 3111-3118, 2011. Disponível:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201100. Acesso 29 Nov 2012.

PANIGASSI, G.; SEGAL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARANHA, L. K.; SAMPAIO, M. F. A. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição** [Internet], v.21, suplemento, p. 135s-144s, 2008.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGAL-CORRÊA, A. M.; MARANHA, L. K.; SAMPAIO, M. F. A.; 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. **The Journal of Nutrition**, v. 134, s/n, p. 1923-8, 2004.

ROTENBERG, S.; VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [Internet]. 2004 Jan-Mar. vol.4,n.14(1):85-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292004000100008&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100008>. Acesso 2013 Jan 09

SANTOS, J. V.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado de indivíduos que vivem nessa condição. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.1, p. 41-49, 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100005 Acesso: 15 de set 2012

SEGALL-CORRÊA, A. M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARIN-LEON, L.; YUYAMA, L.; VIANNA, R. P. T.; et al. **Evaluation of household food insecurity in Brazil**: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: Ortega J, organizador. Iniciativa América Latina sinHambre: articulos premiados en el dia Mundial de la Alimentación-2007[Internet]. Disponível em: <<http://www.rlc.fao.org/iniciativa>>. Acesso em: 12 de agosto de 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. **(In) Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil**: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. [Internet]. São Paulo: UNICAMP, 2004. Disponível em:<<http://www.unicampi.br/unicamp/unicamp>>. Acesso em: 05 de julho 2011

VASCONCELOS, F. A. G. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. **Rev. Nutrição** [Internet], v.15, n.2, p. 127-138, 2002. Disponível <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci> Acesso 29 out 2011

APÊNDICE

APENDICE A – Autorização da Instituição**AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE FRANCISCO SANTOS PI**

Eu, ROSEANNE MADEIRA FRANCO, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, de FRANCISCO SANTOS PI, declaro que a nutricionista MARILIA GOMES DE SOUSA BEZERRA está autorizada a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa:

“INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita, cujo objetivo geral é “Estimar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido piauiense”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

FRANCISCO SANTOS, 08 de NOVEMBRO de 2011.

ROSEANNE MADEIRA FRANCO
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**FACULDADE DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ NOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O respeito devido à **dignidade humana** exige que toda pesquisa se processe após **consentimento livre e esclarecido dos sujeitos**, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (IV, da Res. 196/96, do CNS).

Você, na qualidade de sujeito de pesquisa, está sendo consultado para participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não sua inclusão como sujeito de pesquisa.

Para melhor esclarecer, sujeito de pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96, do CNS, é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, **de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.**

Por favor, não se apresse em tomar a decisão.

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa sobre qualquer dúvida que tiver.

Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como sujeito de pesquisa, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Você poderá recusar sua participação de imediato e a qualquer tempo sem que com isto haja qualquer penalidade.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Projeto de Pesquisa intitulado: Insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

Pesquisador Participante: Marília Gomes de Sousa Bezerra

Telefone(s) para contato: (89) 9925-9505

E-mail: marília_gsb@hotmail.com

1. A presente pesquisa tem como objeto a situação de segurança alimentar das famílias acompanhadas pela equipe saúde da família no município de Francisco Santos PI.

2. Os procedimentos adotados nesta pesquisa são: entrevistar o (a) representante da família, utilizando formulários: sócio-demográfico, situação de segurança alimentar e marcadores de consumo alimentar para menores de cinco anos, para conhecer a situação em que a família vive.

3. Há desconfortos e riscos ()

Não há desconfortos e riscos (X).

Se houver desconfortos e riscos justificar: _____

4. Há benefícios para o sujeito de pesquisa (X)

Não há benefícios para o sujeito de pesquisa ().

Se houver benefícios, justificar: Os achados deste estudo poderão orientar planejamentos e ações de alimentação e nutrição a serem desenvolvidas no município de Francisco Santos PI, além de possibilitar aos sujeitos reflexão sobre a sua situação alimentar e os seus direitos respectivos. As famílias identificadas como em situação de Insegurança Alimentar, serão cadastradas e serão encaminhadas às autoridades municipais para que as providências sejam tomadas em relação à situação de risco das mesmas. Haverá também acompanhamento das mesmas ao longo do tempo.

5. Objetiva-se nesta pesquisa: Estimar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido piauiense, na perspectiva de nortear o planejamento e a execução de ações a serem desenvolvidas no município.

6. Compromisso de Garantia de acesso: em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis e participantes pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

7. O principal pesquisador é: Prof. Dr. Gerado Vasconcelos Mesquita

8. O período de sua participação será de março/2012 a setembro/2012, lembrando-lhe que você terá o direito de recusar-se a continuar como sujeito de pesquisa a qualquer tempo.

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita

CONSENTIMENTO

Eu, (qualificação completa com nome, número de identidade, cpf, endereço, telefone(s) e, se houver, e-mail), abaixo assinado, concordo em autorizar minha participação como sujeito de pesquisa no projeto de pesquisa intitulado **Insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família**, que tem como pesquisador principal Prof. Dr. Gerardo Vasconcelos Mesquita pesquisadora participante a Nutricionista Marília Gomes de Sousa Bezerra. Declaro que tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o projeto de pesquisa **Insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família**, tudo em conformidade com o estabelecido na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Declaro, ainda, que discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo como sujeito de pesquisa e sobre a possibilidade de a qualquer momento (antes ou durante a mesma) recusar-me a continuar participando da pesquisa em referência, sem penalidades e/ou prejuízos, retirando o meu consentimento. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do projeto de pesquisa, os procedimentos a serem realizados, a ausência (e ou presença) de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa em qualquer tempo. Concordo, **voluntariamente**, em participar deste projeto de pesquisa.

Francisco Santos PI, ____ de _____ de 20 ____.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações Complementares:

Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAPI, Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Bairro Uruguai, CEP: 64057-100, telefone: 2106 – 0726, ou pelo e-mail cep@uninovafapi.edu.br.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário Socioeconômico e Demográfico



“Insegurança Alimentar de Famílias Assistidas pela Estratégia Saúde da Família”

Família nº _____ Data: ____/____/2012 Entrevistadora: _____

A) IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1. Qual o seu nome completo?	
2. Qual o seu endereço residencial? Rua: _____ no. _____	
3. Qual sua posição na família? (1) mãe (2) pai (3) outra (especificar): _____	(1) (2) (3)
4. Sexo do (a) entrevistado (a). (Observar e anotar) (1) masculino (2) feminino	(1) (2)
5. Qual a sua idade (anos)?	__ __
6. Como a (o) sra(sr) considera a cor da sua pele? (1) preta (2) branca (3) parda (4) oriental (5) indígena (6) outra (especificar): _____	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Até que série a (o) sra (sr) estudou? _____ (reforçar perguntando se ela(e) terminou a série referida). Se estudou até a 8ª série faça a pergunta a seguir	
8. A (O)sra (sr) sabe ler e escrever um bilhete com facilidade? (1) Não (2) Sim	

B) DADOS SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA

9. Quantas pessoas moram na casa? (incluir o entrevistado e empregado (a) fixo se houver)	__ __
9.1. Quantas crianças de 0 meses a 05 meses moram na casa?	__ __
9.2. Quantas crianças de 06 meses a < 10 anos moram na casa?	__ __
9.3. Quantos adolescentes de 10 a < 20 anos moram na casa?	__ __
9.4. Quantos adultos 20 a < 60 anos moram na casa?	__ __
9.5. Quantos idosos de 60 anos ou mais moram na casa?	__ __
TOTAL __ __	
11. Se estiver desempregada (o), por quanto tempo (meses)?	__ __
12. Qual a sua principal ocupação? _____	
13. Quantas pessoas da família estão trabalhando?	__ __
14. Qual a renda mensal de toda a família?	R\$ _____

15. Qual o gasto mensal da família com:	
(1) Alimentação	R\$ _____
(2) Aluguel	R\$ _____
(3) Prestação Habitacional	R\$ _____
(4) Gás	R\$ _____
(5) Luz	R\$ _____
(6) Água	R\$ _____
(7) Telefone	R\$ _____
(8) Transporte	R\$ _____
(9) Escola	R\$ _____
(10) Saúde (consulta, medicamento, exame)	R\$ _____
(11) Outros	R\$ _____
TOTAL	R\$ _____
16. Tipo de moradia: (observar e anotar)	
(1) alvenaria acabada	(1)
(2) alvenaria inacabada	(2)
(3) construção precária de madeira	(3)
(4) taipa	(4)
17. Quantos cômodos existem na casa?	_ _
18. Quantos cômodos são usados para dormir?	_ _
19. De onde vem a água que a(o) sra (sr) usa? (RM)	
(1) Rede pública, encanamento interno	(1)
(2) Poço (cisterna) da própria casa	(2)
(3) Poço (cisterna) coletivo	(3)
(4) Caminhão pipa	(4)
(5) Outra fonte. Especificar : _____	(5)
A que distância? _____	
20. Qual o tipo de esgoto sanitário que há na casa?	(1)
(1) Rede pública (2) Fossa (3) Esgoto a céu aberto	(2)
	(3)

C) IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

21. Quais os serviços públicos de saúde disponíveis são mais utilizados por sua família?	
1) PSF	(1)
2) Hospital	(2)
3) Centro de Saúde/Policlínica	(3)
4) Farmácia	(4)
5) Outros _____ (Especificar)	(5)
22. Alguém da sua família já usufruiu de alguns serviço oferecido pela Equipe Saúde da Família?	(1)
1) Sim 2) Não	(2)
Se SIM, especificar: _____	

23. Quais os profissionais da Estratégia Saúde da Família estão presentes no acompanhamento da sua família? (RM) 1) Médico 2) Enfermeiro 3) Dentista (Odontologista) 4) Nutricionista 5) ACS (Agentes Comunitários de Saúde) 6) Outros _____ 7) Nenhum	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
---	--

ANEXO B – Formulário: Situação de Segurança Alimentar



“Insegurança Alimentar em famílias assistidos pela Estratégia Saúde da Família”

Família nº _____ Data: ____/____/2012 Entrevistadora: _____

Formulário: EBIA

1. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) sentiu preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que a(o) sra(sr) tivesse condição de comprar ou receber mais comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
2. Nos últimos 3 meses aconteceu da comida acabar antes que a(o) sra(sr) tivesse dinheiro para comprar mais? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
3. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) ficou sem dinheiro suficiente para ter uma alimentação variada e saudável? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
4. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos porque o dinheiro acabou? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
5. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) não pode oferecer à(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável porque não tinha dinheiro para isto? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
6. Nos últimos 3 meses à(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu (comeram) o suficiente porque não havia dinheiro para comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
7. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) ou algum adulto em sua casa diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou pulou refeições porque não havia dinheiro suficiente para a comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
Não sabe ou recusa responder	(3)
8. Nos últimos 3 meses, a(o) sra(sr) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
Não sabe ou recusa responder	(3)
9. Nos últimos 3 meses, a(o) sra(sr) alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
Não sabe ou recusa responder	(3)
10. Nos últimos 3 meses, a(o) sra(sr) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para a comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
Não sabe ou recusa responder	(3)
11. Nos últimos 3 meses, a(o) sra(sr) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comida? (RU)	
Sim	(1)
Não	(2)
Não sabe ou recusa responder	(3)

12. Nos últimos 3 meses a(o) sra(sr) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro o suficiente para a comida? (RU) Sim Não Não sabe ou recusa responder	(1) (2) (3)
13. Nos últimos 3 meses, alguma vez a(o) sra(sr) teve de pular uma refeição da(s) criança(s)/adolescente(s) porque não havia dinheiro para a comida? (RU) Sim Não Não sabe ou recusa responder	(1) (2) (3)
14. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve (tiveram) fome mas a(o) sra(sr) simplesmente não podia comprar mais comida? (RU) Sim Não Não sabe ou recusa responder	(1) (2) (3)
15. Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) ficou (ficaram) sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para a comida? (RU) Sim Não Não sabe ou recusa responder	(1) (2) (3)

ANEXO C – Pontos de Corte para Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Tabela 3 – Pontuação para classificação dos domicílios nas categorias de segurança alimentar.

DESCRIÇÃO	Pontos de corte para domicílios	
	Com menores de 18 anos	Sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1 – 5	1 – 3
Insegurança Alimentar Moderada	6 – 9	4 – 5
Insegurança Alimentar Grave	10 – 14	6 – 8

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2010b.

ANEXO D – Carta de Aprovação do Comitê de Ética Em Pesquisa

 MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	 Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI Comitê de Ética em Pesquisa - CEP REGISTRO CONEP: 043
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade NOVAFAPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP/MS, analisou o protocolo de pesquisa:

Título: SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE FAMÍLIAS ACOMPANHADAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0389.0.043.000-11

Pesquisador Responsável: Gerardo Vasconcelos Mesquita

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deverá apresentar ao CEP/NOVAFAPI:

RELATÓRIO FINAL EM MAIO/2013

Os membros do CEP/NOVAFAPI não participam do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 03/01/2012

2ª via emitida em 20/05/2013

Teresina, 04 de janeiro de 2012.



Francisca Tereza Coelho Matos
Comitê de Ética em Pesquisa – NOVAFAPI
Coordenadora