

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

RAÍSSA ANDRADE DE ARAÚJO SILVA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADULTOS EM UM MUNICÍPIO
DO SERTÃO PERNAMBUCANO: UMA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA**

Vitória de Santo Antão
2019

RAÍSSA ANDRADE DE ARAÚJO SILVA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADULTOS EM UM MUNICÍPIO
DO SERTÃO PERNAMBUCANO: UMA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra. Vanessa Sá Leal.

Vitória de Santo Antão

2019

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB4-2165

S586i Silva, Raíssa Andrade de Araújo.
Insegurança alimentar e nutricional de adultos em um município do sertão
Pernambucano: uma associação com fatores relacionados ao estilo de vida. /
Raíssa Andrade de Araújo Silva. - Vitória de Santo Antão, 2019.
59 folhas.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado
em Nutrição, 2019.
Inclui referências e anexo.

1. Nutrição. 2. Segurança Alimentar. 3. Epidemiologia. I. Leal, Vanessa Sá
(Orientadora). II. Título.

613.2 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE-232/2019

RAÍSSA ANDRADE DE ARAÚJO SILVA

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE ADULTOS EM UM MUNICÍPIO
DO SERTÃO PERNAMBUCANO: UMA ASSOCIAÇÃO COM FATORES
RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Colegiado do Curso de
Graduação em Nutrição do Centro
Acadêmico de Vitória da Universidade
Federal de Pernambuco em cumprimento
a requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Nutrição, sob orientação
da Professora Dra. Vanessa Sá Leal.

Aprovado em: 02/12/2019

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Vanessa Sá Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dra. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Nutricionista Mariana Nathália Gomes de Lima (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico à Rosimar Andrade, meu exemplo de determinação e força. Mãe, sem você, eu não me tornaria quem sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por todas as bênçãos e obstáculos superados até aqui.

À minha família, **Rivaldo, Rosimar e Rogério**, por me incentivar a ter independência e seguir os meus sonhos, e principalmente por todo carinho e amor que recebi durante minha vida.

Aos meus amigos **Nayara, Washington, Débora, Mayara, Juliana e Janielson**, que acreditam na minha capacidade e que sempre estão ao meu lado.

A **Isabela, Sear-Jasube e Jonathan**, pelos momentos incríveis que vivenciamos e por continuarem comigo mesmo com o distanciamento de nossos caminhos.

À **família do 305**, pelos momentos compartilhados, alegrias, cuidado e apoio no momento da dor.

A **Vitor Marques** (*in memoriam*), que apesar da saudade devido sua partida precoce, o sentimento que prevalece é de gratidão pelo privilégio de ter sua luz e alegria em nossas vidas.

À **Vanessa Leal**, pela compreensão e paciência.

A todos aqueles que entraram e saíram da minha vida durante esses 5 anos em que estive no CAV, isso me ajudou a crescer de uma forma que nunca imaginei. Obrigada!

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”

(ONU, 1948, p. 4)

RESUMO

Pesquisas e estudos sobre o perfil nutricional brasileiro não têm particularizado a problemática da Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) e do estilo de vida em regiões como o sertão, considerada crítica do ponto de vista sociodemográfico, com especificidades que podem associar-se diretamente ao estado de saúde e nutrição de sua população. Desta forma, o presente trabalho objetiva avaliar a Insegurança Alimentar e Nutricional de adultos do município de Serra Talhada, sertão de Pernambuco, assim como verificar a associação com fatores relacionados ao estilo de vida. Para a classificação da situação de Insegurança Alimentar e Nutricional dos indivíduos, foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA). Os dados sociodemográficos analisados incluem: idade, sexo, cor de pele, área de moradia, escolaridade, fonte de abastecimento de água, tratamento de água para beber, destino dos dejetos, destino do lixo, renda e recebimento do Programa Bolsa Família. As variáveis de estilo de vida englobam: consumo de álcool, consumo de tabaco, substituição de refeições (almoço e janta) por lanche, leitura de ingredientes e de valor nutricional contidos nos rótulos dos alimentos, prática de atividade física (hábito de frequentar a Academia da Saúde). Ainda, a avaliação antropométrica foi realizada a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) e da Circunferência da Cintura (CC). Para associação da variável dependente (Insegurança Alimentar e Nutricional) com as variáveis de exposição, foi utilizado o teste do qui-quadrado com correção de Yates. Dentre os 219 adultos participantes, 71,9% encontrava-se em InSAN, 61,6% apresentava idade maior que 30 anos, 53,0% era do sexo feminino, 73,1% autodeclarava-se de cor de pele negra/parda, 67,6% residia na zona urbana, e 57,1% era beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF). Quanto ao saneamento básico, 67,1% recebia água da rede geral de abastecimento, 43,8% bebia água sem tratamento, 29,7% tinha o lixo queimado ou descartado em terreno baldio. Cerca de 58,0% não completou o ensino fundamental e 39,5% contava com uma renda mensal inferior a um salário mínimo. Referente ao estilo de vida, 23,8% ingeria álcool e 17,1% fumava. Quanto ao hábito de trocar refeições por lanches, 27,5% realizava a troca no jantar. Ainda, 75,2% não realizava a leitura dos ingredientes do rótulo e 81,0% não observava o valor nutricional. Cerca de 62,6% apresentava excesso de peso, enquanto 35,0% dos homens e 81,3% das mulheres possuíam risco cardiovascular. Quanto à prática de atividade física, cerca de 27,6% dos adultos frequentava a Academia da Saúde.

As variáveis com associação estatisticamente significativa foram: idade inferior a 30 anos ($p=0,018$); a cor da pele negra ou parda ($p=0,029$); nível de escolaridade menor que o ensino fundamental completo ($p=0,009$); e a renda familiar inferior a um salário mínimo mensal ($p=0,001$). Os resultados indicam a necessidade de implementar ações, programas e políticas públicas que favoreçam a melhoria desses indicadores, principalmente para a população sertaneja, devido ao seu contexto histórico e social.

Palavras-chave: Saúde pública. Segurança Alimentar e Nutricional. Epidemiologia.

ABSTRACT

Research and studies on the Brazilian nutritional profile have not particularized the issue of Food and Nutrition Insecurity (InSAN) and lifestyle in regions such as the hinterland, considered critical from the sociodemographic point of view, with specificities that can be directly associated with the state, health and nutrition of its population. Thus, the present study aims to evaluate the Food and Nutrition Insecurity of adults in the municipality of Serra Talhada, Pernambuco outback, as well as to verify the association with factors related to lifestyle. To classify the situation of food and nutrition insecurity of individuals, the Brazilian Food and Nutrition Insecurity Scale (EBIA) was applied. Sociodemographic data analyzed include: age, gender, skin color, area of residence, education, water supply, drinking water treatment, waste disposal, income and receipt of the Bolsa Família Program. Lifestyle variables include: alcohol consumption, tobacco consumption, meal replacement (lunch and dinner), snack, reading of ingredients and nutritional value contained in food labels, physical activity practice (going to the Academia da Saúde). Still, the anthropometric evaluation was performed from the Body Mass Index (BMI) and Waist Circumference (WC). To associate the dependent variable (Food and Nutrition Insecurity) with the exposure variables, the chi-square test with Yates correction was used. Of the 219 participating adults, 71.9% were in InSAN, 61.6% were older than 30 years, 53.0% were female, 73.1% self-reported as black / brown, 67.6% lived in the urban area, and 57.1% were beneficiaries of the Programa Bolsa Família (PBF). As for basic sanitation, 67.1% received water from the general supply network, 43.8% drank untreated water, 29.7% had the waste burned or discarded on vacant land. About 58.0% did not complete elementary school and 39.5% had a monthly income of less than one minimum wage. Regarding lifestyle, 23.8% drank alcohol and 17.1% smoked. Regarding the habit of exchanging meals for snacks, 27.5% performed the change at dinner. Still, 75.2% did not read the label ingredients and 81.0% did not observe the nutritional value. About 62.6% were overweight, while 35.0% of men and 81.3% of women had cardiovascular risk. As for the practice of physical activity, about 27.6% of adults attended the Academia da Saúde. The variables with statistically significant association were: age below 30 years ($p = 0.018$); the color of black or brown skin ($p = 0.029$); educational level lower than complete elementary school ($p = 0.009$); and family income below one minimum monthly wage ($p = 0.001$). The results indicate the need to implement actions, programs and public policies that favor the improvement of

these indicators, especially for the rural population, due to their historical and social context.

Keywords: Public Health. Food and nutrition security. Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas e socioeconômicas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015. p. 26

Tabela 2 - Caracterização do estilo de vida e variáveis antropométricas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015. p. 27

Tabela 3 - Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas e socioeconômicas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015. p. 29

Tabela 4 - Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida e variáveis antropométricas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015. p. 30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	15
3 JUSTIFICATIVA.....	16
4 REVISÃO DA LITERATURA	17
4.1. Segurança Alimentar e Nutricional	17
4.1.1. Direito Humano à Alimentação Adequada e Soberania Alimentar	19
4.2. Transição alimentar e estado nutricional de adultos em Pernambuco	20
4.3. Estilo de vida	21
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	24
6 RESULTADOS.....	28
7 DISCUSSÃO.....	34
8 CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO A – EBIA.....	44
ANEXO B – REGISTRO ANTROPOMÉTRICO	47
ANEXO C – REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA	48
ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA.....	51
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	56
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	58

1 INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como o direito à alimentação saudável de qualidade, em quantidade suficiente, de maneira permanente, baseada em práticas alimentares promotoras da saúde sem que ocorra comprometimento de outras necessidades essenciais em prol da alimentação, além de respeitar as características e particularidades regionais da população e valorizar a produção de alimentos através da agricultura tradicional e familiar, promovendo a biodiversidade e sustentabilidade, estimulando a elaboração de políticas públicas que influenciam na produção, comercialização e consumo de alimentos (BRASIL, 2006a).

A SAN possui relação direta com o direito humano à alimentação adequada (DHAA), que por sua vez é parte integrante dos direitos fundamentais, condições necessárias a todos os seres humanos, de forma igualitária. Além disso, a Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) está relacionada a questões como a fome, doenças associadas a má alimentação, ingestão de alimentos de má qualidade, produção de alimentos através de uma cadeia predatória que destrói o meio ambiente, e estímulo a padrões alimentares que desrespeitam as individualidades regionais (BRASIL, 2006a).

Reconhecer um território considerando seus aspectos físicos, estruturais e até mesmo culturais permite a identificação das mais diversas potencialidades e fragilidades, sendo uma estratégia essencial para enfrentamento de diversas questões relacionadas à saúde (SOUZA; ANDRADE, 2014), pois, a população recebe interferência direta do ambiente no qual está inserida, assim, condições desfavoráveis de economia, demografia, aspectos sociais e recursos naturais tem repercussão direta no estilo de vida dos indivíduos (VIEIRA *et al.*, 2016; CAMURÇA *et al.*, 2016).

O estilo de vida é complexo, sendo influenciado por fatores como o ambiente, características intrapessoais e políticas públicas (FERRARI; VICTO; MATSUDO, 2018), sendo definido como o conjunto de aspectos que podem sofrer alterações ao longo da vida, através do padrão dietético, nível de atividade física, consumo de álcool, tabaco e outras substâncias. O estilo de vida está associado a ações habituais e modificáveis que atuam como determinantes para promoção da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e riscos à saúde de indivíduos, grupos e comunidades,

desta forma, é considerado um alvo para estudos epidemiológicos (WHO, 2004; NAHAS, 2013; BRASIL, 2006b).

Apesar do exposto, pesquisas nacionais e estudos sobre o perfil nutricional brasileiro não têm particularizado a problemática da Insegurança Alimentar e Nutricional e do estilo de vida em regiões como o sertão, considerada crítica do ponto de vista sociodemográfico, com especificidades que podem associar-se diretamente ao estado de saúde e nutrição de sua população (FACCHINI *et al.*, 2014).

Neste sentido, o presente trabalho objetiva desenhar um panorama referente à Insegurança Alimentar e Nutricional no sertão pernambucano, bem como verificar suas possíveis associações com fatores relacionados ao estilo de vida, disponibilizando dados que sirvam como base para criação de estratégias de estímulo à prevenção e combate de doenças, como também promoção da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a Insegurança Alimentar e Nutricional de adultos de um município do sertão de Pernambuco, assim como verificar a associação com fatores relacionados ao estilo de vida.

2.2. Específicos

- Descrever as condições socioeconômicas e demográficas, assim como avaliar o perfil antropométrico dos adultos;
- Identificar práticas referentes ao estilo de vida (atividade física, troca de refeição por lanche, leitura de ingredientes e valor nutricional no rótulo, consumo de álcool e fumo);
- Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar Nutricional;
- Verificar a associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional com as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas.

3 JUSTIFICATIVA

O sertão é caracterizado pelo clima semiárido, configurando uma extensa área historicamente relacionada a desastres naturais devido a períodos de estiagens e secas, sendo a última caracterizada por períodos sem chuva mais longos e de maior intensidade que a primeira, acarretando consequências econômicas e sociais mais severas. A seca mais recente, ocorrida em 2013, está sendo considerada a pior dos últimos 50 anos, com 1400 municípios afetados no nordeste (CNM, 2014).

A identificação de particularidades dos grupos que habitam nas mais diversas áreas geográficas é crucial, pois possibilita a implantação de políticas públicas específicas para estas populações (BATISTA FILHO; MIGLIOLI; SANTOS, 2007). Nesse sentido, considera-se importante desenhar um panorama referente à Insegurança Alimentar e Nutricional do sertão pernambucano, bem como verificar possíveis associações com fatores relacionados ao estilo de vida e outras variáveis, disponibilizando dados que sirvam como base para criação de estratégias de estímulo à prevenção e combate a doenças, como também promoção a saúde.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1. Segurança Alimentar e Nutricional

No período da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Segurança Alimentar era associada à produção de alimentos; os países deveriam ser autossuficientes, e consequentemente não seriam afetados por embargos ou bloqueios promovidos por outras nações. Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), ocorreu uma ressignificação do que seria a Segurança Alimentar, através da FAO e outras organizações que reforçaram a ideia de que o acesso ao alimento é um direito humano, entretanto, após o fim do conflito, voltou a ter ligação com a disponibilidade de alimentos, enquanto a Insegurança Alimentar estaria relacionada à produção insuficiente (BURITY *et al.*, 2010).

A partir da década de 80, observou-se que acesso físico e econômico ao alimento era capaz de influenciar a condição de Segurança Alimentar dos indivíduos. O acesso deveria ocorrer de maneira permanente, promovendo a aquisição em quantidade adequada. Em 90, ocorreu a ampliação do conceito, passando a englobar aspectos sanitários e nutricionais, desta forma, passou a ser denominada “Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)” (BURITY *et al.*, 2010).

Durante a primeira Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, realizada em 1986 (MACEDO *et. al.*, 2009), foi sugerido o conceito que posteriormente seria incluído na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sendo ele:

Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006^a, p. 4).

A LOSAN tem como objetivo criar o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), destinando-se a assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). A alimentação adequada é considerada um direito humano fundamental, sendo dever do estado implantar políticas e ações a fim de garanti-la (BRASIL, 2006a).

A SAN deve prover a ampliação do acesso aos alimentos; utilização sustentável dos recursos ambientais e conservação da biodiversidade; promoção da saúde, alimentação e nutrição, especialmente a grupos populacionais específicos e indivíduos em vulnerabilidade social; garantia da qualidade dos alimentos e estímulo

à práticas alimentares saudáveis, respeitando a diversidade; produção de conhecimento e acesso à informação; políticas e estratégias para comercialização e consumo de alimentos; estoques reguladores e estratégicos de alimento; execução do DHAA com soberania alimentar e cooperação com outros países para garantir o DHAA no plano internacional (BRASIL, 2006a).

A Insegurança Alimentar e Nutricional abrange um amplo espectro de problemas, como fome, obesidade; ingestão de alimentos prejudiciais à saúde ou de origem duvidosa; cadeia de produção predatória, que explora o meio ambiente; hábitos que desrespeitam a cultura alimentar; e a compra de alimentos comercializados por preços abusivos (BRASIL, 2006a). Através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é possível classificar o nível de InSAN dos indivíduos, que inicialmente é caracterizada pela preocupação relativa à falta de dinheiro para aquisição de alimentos, seguida pelo estágio no qual a qualidade da dieta passa a estar comprometida, porém com preservação do aspecto quantitativo, e por fim, o estágio mais avançado, com comprometimento da quantidade e longos períodos de restrição alimentar (CONSEA, 2012).

Através da EBIA é possível verificar a condição de InSAN nos mais diversos públicos. Silva *et al.* (2017) observaram que as famílias quilombolas nordestinas possuem maior prevalência (25%) de InSAN que as não quilombolas; enquanto Araújo e Santos (2017) constataram que no Recife, cerca de 71,5% das gestantes possuía InSAN. Um outro estudo, realizado por Santos *et al.* (2019) identificou que 80,4% dos adolescentes com sobrepeso que residem em áreas semiáridas e rurais em Pernambuco encontrava-se em condição de SAN.

O Brasil conquistou alguns marcos que almejavam a consolidação da SAN, dentre eles, a LOSAN em 2006, a inclusão da alimentação como direito constitucional em 2010, e a elaboração do primeiro Plano Nacional de SAN (PLANSAN) em 2011 (FAO, 2014). Desta forma, no período de 2004 a 2013, havia uma tendência de crescimento da SAN, que neste intervalo passou de 63% para 76,3%. Entre 2015 e 2017, o nível de Insegurança Alimentar grave aumentou, chegando a 12%, sendo superior aos anos anteriores devido à crise financeira e política que o país enfrenta desde 2014, havendo uma redução do nível de SAN, atingindo percentual de 49%. Consequentemente, a InSAN aumentou, passando de 23,7% em 2013 para 51,5% em 2017 (SOUSA *et al.*, 2019).

4.1.1. Direito Humano à Alimentação Adequada e Soberania Alimentar

O DHAA é um dos direitos fundamentais que faz parte de um pacto mundial, sendo definido como uma condição essencial a todos os indivíduos, sem discriminação de qualquer natureza, de forma igualitária (BRASIL, 2006a), com dois aspectos primordiais: o direito de estar livre da fome e da má nutrição, e o direito de ter uma alimentação adequada (LEÃO *et al.*, 2013).

Existem diversos programas e políticas que buscam promover a garantia do DHAA, entre os que estimulam a produção e disponibilidade de alimentos, pode-se mencionar o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) e o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA); o Programa Bolsa Família (PBF) que promove acesso econômico; o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Restaurantes Populares, Banco de Alimentos, Cisternas e Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) que buscam a garantir a alimentação adequada; e os de acesso aos serviços de saúde, como suplementação de ferro e vitamina A, Estratégia de Saúde da Família, saneamento básico; estratégias de educação como a política de educação básica e combate ao analfabetismo; e atenção aos povos tradicionais, com regularização de terras (BRASIL, 2010).

Todavia, existe uma grande discussão acerca dos programas voltados para garantia do DHAA, pois possuem como característica o combate imediato à problemática da fome, por outro lado, destaca-se que esses programas não atuam diretamente sobre os determinantes desta condição, sendo necessárias outras estratégias para combate da Insegurança Alimentar e Nutricional, e para isso, faz-se necessário traçar o perfil socioeconômico da população alvo, bem como informá-la sobre o papel destes programas na garantia do direito à alimentação adequada (ARAUJO *et al.*, 2015).

A soberania alimentar pode ser definida como o direito de implementar estratégias e políticas que incentivam a sustentabilidade desde a produção até o consumo de alimentos, respeitando as características culturais da população, em todos os países, garantindo o DHAA (BRASIL, [200-?]).

Para que a Soberania Alimentar seja estabelecida, é necessário estimular autonomia e melhores condições de vida para os agricultores, contribuindo para a produção de alimentos de qualidade, que por sua vez possibilita a alimentação adequada e saudável. Com um modelo agroecológico é possível preservar os recursos naturais e a biodiversidade, cultivar alimentos regionais que fazem parte do

hábito alimentar e fortalecem da cultura local, além de favorecer a autossuficiência da produção em escala nacional (LEÃO *et al.*, 2013).

Com a expansão do agronegócio ocorre a transformação das terras destinadas ao cultivo, assim como as relações de trabalho e com o homem, o que se torna uma forma de controle social. Apesar da grande produtividade e rentabilidade (apenas para o grupo com mais poder) existente neste modelo de produção, a miséria ainda prevalece (SANTOS, 2016), estando em contradição ao que preconiza a Soberania Alimentar, que reafirma a necessidade de reforma agrária com participação popular, garantindo o livre acesso a sementes, preservação de água, o direito do consumidor de escolher o que irá adquirir, e o controle da produção interna para evitar excedentes. Todavia, não há Soberania Alimentar no Brasil, e as regras para produção são ditadas pelo mercado internacional, a cadeia produtiva de alimentos visa o lucro, que por sua vez gera fome e Insegurança Alimentar e nutricional (LEÃO *et al.*, 2013). Além disso, recentemente o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), órgão responsável pela articulação da sociedade junto ao presidente da república, foi extinto pela medida provisória nº 870 de 2019 (BRASIL, 2019b) o que consequentemente ameaça a SAN.

4.2. Transição alimentar e estado nutricional de adultos em Pernambuco

Segundo Batista Filho e Rissin (2003), a partir da década de 80, na região Nordeste, com exceção da zona rural, esperava-se que não existissem adultos com baixos valores de IMC, indicando redução na prevalência e incidência da deficiência calórica, que é caracterizada pelo baixo peso para a altura. Entretanto, no mesmo período, indivíduos com idade próxima a 18 anos sofreriam com o aumento da incidência de sobrepeso e obesidade.

Dados da Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012), apontam que a prevalência de excesso de peso na capital de Pernambuco, Recife, para maiores de 18 anos, era de 47,1%, sendo 14,8% de obesidade. Quando a mesma pesquisa foi realizada em 2018, os dados demonstraram que houve um aumento significativo dos percentuais, pois 56,9% apresentava excesso de peso, sendo 21,9% de obesidade (BRASIL, 2019a). Struciati e Enes (2015) observaram que no período de 2008 a 2011, a presença de fatores de

risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) permaneceu elevado, sendo o excesso de peso um dos principais fatores associados.

As mudanças no padrão alimentar estão associadas ao aumento do consumo energético devido a ingestão excessiva de alimentos ultraprocessados (doces, sorvetes, pizzas, embutidos, etc), desta maneira, os nutrientes mais consumidos são a gordura, sódio e colesterol, com tendência para redução do consumo de alimentos fontes proteína, carboidratos complexos e fibras (BIELEMANN *et al.*, 2015).

A atuação de fatores promotores de DCNT se deve à transição demográfica que aumenta a expectativa de vida da população; à transição nutricional promovida pelo padrão alimentar inadequado associado ao sedentarismo, o que promove sobrepeso e obesidade; e a transição epidemiológica que é caracterizada pelo aumento da carga de morbimortalidade decorrente dessas patologias (MALTA *et al.*, 2006).

Godoy *et al.* (2017), em seus estudos, identificaram que adultos que residem em comunidades carentes e que estão em condição de Insegurança Alimentar e Nutricional apresentam sobrepeso e excesso de gordura corporal, demonstrando a complexidade existente no cenário brasileiro, sendo necessárias estratégias para perda de peso e estímulo de alimentação saudável voltadas para populações socialmente desfavorecidas.

4.3. Estilo de vida

A sociedade passa por mudanças, entretanto, é perceptível que nos últimos anos estas se manifestaram de maneira mais intensa, o que atualmente é identificado pela presença de patologias como obesidade e desnutrição associada à fome oculta; assim como o aumento do estresse e a perda das identidades culturais promovidas pela globalização e destruição do meio ambiente (SOUZA *et al.*, 2017).

O aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade nos indivíduos com InSAN leve e moderada pode estar associada à incapacidade de produção dos sistemas alimentares, causada pelas mudanças climáticas e aquecimento global, desta forma, a população passa a consumir um grande volume de alimentos industrializados e ultraprocessados, graças aos valores mais acessíveis. Com a mudança ambiental, as populações mais vulneráveis possuem uma tendência para

condição de InSAN grave e desnutrição, que está ligado a produção reduzida, extremos climáticos e doenças transmitidas por alimentos (SWINBURN *et al.*, 2019).

Através da compreensão da influência exercida pelo desenvolvimento político, econômico e social, foi possível identificar a relação intrínseca entre o modelo de produção vigente e o estilo de vida da sociedade moderna, caracterizado pela exploração física e intelectual, condições precárias de trabalho e baixa remuneração, o que contribui para o adoecimento (RUDNEY, 2006).

Estimular um estilo de vida saudável mostra-se como um desafio para os profissionais e órgãos de saúde (BEVIDELLI, 2017), visto que com a incidência e prevalência de DCNT há um aumento morbimortalidade, redução da produtividade e da qualidade de vida (BRASIL, 2013; BEVIDELLI, 2017). A estimativa mundial para o ano de 2025 indica que surgirão 4 milhões de casos de câncer, e a mortalidade será de cerca de 1,9 milhões, um terço desses casos podem ser evitados através da redução de fatores de risco para o câncer e outras DCNT, como tabagismo, excesso de peso, sedentarismo, má nutrição e consumo de álcool (OPAS, 2016).

A principal motivação para o uso de drogas recreativas e outras substâncias seria os potenciais efeitos agradáveis proporcionados por elas (ALMEIDA *et al.*, 2017). Contudo, a prática de consumir álcool e/ou tabaco está associada ao aumento de mortes cardiovasculares, doenças respiratórias e câncer, o que consequentemente promove a redução da expectativa de vida (ABREU; MARINHO; JOMAR, 2017; WHO, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2017). Anualmente, cerca de 3 milhões de mortes, no mundo, são provocadas pelo consumo de álcool, sendo um fator promotor para mais de 200 doenças; além dos prejuízos para saúde, o álcool também provoca perdas sociais e econômicas para os indivíduos e a sociedade (OPAS, 2019). Em 2014, a estimativa era de que, anualmente, cerca de 6 milhões de pessoas foram a óbito devido ao consumo de tabaco, e 600.000 mortes ocorreram graças ao fumo passivo. O tabagismo está na lista de metas globais para prevenção de DCNT até 2025, que objetiva a redução de 30% na prevalência de uso de tabaco (WHO, 2014).

Um conjunto de fatores pode intervir no desenvolvimento de DCNT, sendo mais eficazes a prática de atividade física e alimentação saudável, configurando-se como os principais aspectos que contribuem para o combate a essas patologias (WHO, 2014). O sedentarismo é considerado um dos fatores modificáveis que está associado

ao diabetes, câncer, obesidade (HUMPHREYS; MCLEOD; RUSESKEI, 2013). A prática de atividade física propicia a melhora da aptidão cardiorrespiratória, redução no índice de gordura corporal, melhora da saúde óssea, aumento da resistência e força muscular. Para alcançar estes benefícios é preciso realizar atividades com duração de cerca de 150 minutos por semana, entretanto, recomenda-se que indivíduos sedentários iniciem estas atividades gradativamente (WHO, 2010).

A dieta passa por um conjunto de alterações que são determinadas por fatores fisiológicos, culturais, econômicos e ambientais, contribuindo para a modificação do consumo alimentar. O estilo de vida adotado pela população atualmente, traz consigo uma forte influência da indústria alimentícia e da globalização, desta forma são capazes de moldar o hábito alimentar, além disso, contribui para o desaparecimento de hábitos considerados tradicionais, que conseqüentemente afeta de forma negativa o estado nutricional e a saúde (KAC; SICHIERI; GIGANTE, 2007).

Em 2013, no nordeste brasileiro, referente a fatores protetores contra DCNT, cerca de 28,2% dos adultos consumiam frutas e hortaliças regularmente, 73,7% consumia feijão, e 22,3% praticava atividade física no tempo livre. Quanto aos fatores promotores, 29,7% consumia carnes com gordura, 16,8% consumia refrigerantes, 44,3% era insuficientemente ativo, 28,9% passava mais de 3 horas diárias assistindo televisão, 15,6% realizava consumo abusivo de álcool e 13,9% fumava (MALTA *et al.*, 2013). Dados referentes ao ano de 2018, no Recife, apontam que 35,8% consumia frutas e hortaliças regularmente, 37,3% praticava atividade física no tempo livre, 9,1% consumia refrigerantes em cinco ou mais dias na semana, 61,1% passava mais de 3 horas diárias assistindo televisão ou usando computador, tablet ou celular; cerca de 20,3% consumia álcool, e 7,2% fumava (BRASIL, 2019a), indicando que as práticas protetoras apesar de apresentarem um pequeno aumento, continuam com percentuais baixos, enquanto as promotoras, com exceção do tabagismo, aumentaram, o que influencia de forma negativa o combate ao surgimento das DCNTs.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo

O estudo faz parte de uma pesquisa transversal, de base domiciliar intitulada “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco”, uma parceria entre o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória e o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizada no período de julho a outubro de 2015.

Para a pesquisa de base, o plano amostral escolhido foi do tipo probabilístico e estratificado em três estágios assim caracterizados: Unidades primárias de seleção: municípios; Unidades secundárias de seleção: setores censitários; Unidades terciárias de seleção: domicílios. Para o sorteio dos municípios e setores censitários foi utilizada a lista de números randômicos do subprograma EPITABLE, do programa EPI-INFO, versão, 6.04. A base de dados foi composta pela listagem dos setores censitários feita pelo Censo Demográfico de 2010. Foram sorteados três municípios: Serra Talhada, Custódia e Belém do São Francisco. No caso da presente proposta, foram avaliados os adultos (20-59 anos) residentes no município de Serra Talhada.

5.2 Variáveis do Estudo

A variável dependente foi a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional, e as variáveis independentes incluem aquelas referentes ao estilo de vida, a situação socioeconômica e antropométricas. Para a classificação da situação de Segurança Alimentar e Nutricional dos indivíduos, foi aplicada a EBIA (ANEXO A), na versão adaptada, sendo composta por 14 perguntas, no caso de domicílios com algum morador menor de 18 anos, ou 8 perguntas, para famílias compostas só por maiores de 18 anos (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014). Todas as perguntas da escala referiram-se a um período recordatório de três meses que antecederam a entrevista. O questionário foi aplicado ao adulto morador e responsável pelo domicílio. A classificação na condição de segurança ou Insegurança Alimentar e Nutricional em seus diferentes graus (leve, moderada e grave) exige um critério de pontuação e pontos de corte diferentes, dado o número de respostas possíveis, de acordo com a

composição etária no domicílio. Para o estudo foi categorizada em SAN (1) e InSAN (leve, moderada e grave) (2).

5.2.1 Estilo de vida

As variáveis referentes ao estilo de vida foram: alcoolismo, tabagismo, hábito de substituir refeições por lanches, leitura de rótulos (ingredientes e valor nutricional), atividade física e hábito de frequentar a academia da cidade (ANEXO D).

As categorias usadas para a variável “alcoolismo” foram: (1) Sim, (2) Não/parou de beber; e para a variável “tabagismo” foram: (1) Sim, (2) Não/parou de fumar.

Em relação à variável de hábito alimentar, foram realizadas duas perguntas aos entrevistados, sobre a frequência de substituição do almoço e do jantar por lanches (sanduíches, salgados, pizza ou outro), hábito de ler os ingredientes e valor nutricional presente na rotulagem dos alimentos (BRASIL, 2017). Para a realização das análises do estudo, as perguntas sobre substituição de refeições por lanche foram classificadas segundo a frequência de substituição do almoço e do jantar em: (1) não e (2) sim. As referentes à rotulagem, foram classificadas em (1) sim e (2) não.

Para avaliação da prática de atividade física foi considerado o hábito de frequentar a Academia da Saúde, categorizado em frequente (1) e não frequente/não tem/não sabe (2).

5.2.2 Sociodemográficas

Os dados sociodemográficos analisados incluíram: local de moradia, renda familiar, idade, sexo, cor de pele, escolaridade, fonte de abastecimento da água, tratamento de água para beber, inscrição no programa bolsa família, destino de dejetos e do lixo (ANEXO C). Todos eles foram obtidos através da auto referência pelos entrevistados. A renda familiar per capita em salários mínimos foi classificada em duas categorias: (1) $\leq$ a R\$778,00 e (2) $>$ R\$778,00, considerando o valor do salário mínimo no ano de 2015. A escolaridade foi classificada em três níveis: (1) Nunca frequentou/ $<$ 9 anos, (2) $\geq$ 9 anos/ $<$ 12 anos, (3) $\geq$ 12 anos/Sem informação. A idade foi classificada sistematicamente em duas faixas etárias: (1) $<$ 30 e (2) $\geq$ 30 anos de idade. O sexo foi classificado em masculino (1) e feminino (2). A cor da pele foi classificada em duas categorias: (1) branca/amarela e (2) negra/parda. O local de moradia foi categorizado em: (1) urbano e (2) rural. A fonte de abastecimento de água

foi classificada em rede geral (1) e poço/nascente/cacimba (2). O tratamento de água para beber foi classificado em fervida/filtrada/coada/mineral (1) e sem tratamento (2). O destino dos dejetos foi classificado em rede geral (1) e fossa com tampa/outros (2). O destino do lixo foi classificado em coletado (1) e queimado/terreno baldio (2). E a inscrição no Programa Bolsa Família foi classificada em sim (1) e não (2).

5.2.3 Antropométricas

Para a avaliação da condição de excesso de peso foram aferidas medidas de estatura e massa corporal (ANEXO B). Tais medições atenderam as recomendações da OMS, descritas a seguir. Os indivíduos foram pesados descalços e com indumentária mínima, em balança digital (Modelo TANITA – BF-683 w / UM028 3601), com capacidade de 150 kg e escala de 100 gramas. A altura foi medida com estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda) – milimetrado, com precisão de até (1mm) em toda a sua extensão, e para medida da circunferência da cintura, foi utilizada uma fita flexível e inelástica da marca Sanny™.

Foram colocados em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira. Para avaliação da circunferência da cintura, utilizou-se no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

O cálculo do índice de massa corporal (IMC), foi realizado mediante razão entre as medidas de massa corporal expressa em quilogramas e estatura expressa em metros ao quadrado (kg/m^2). De posse dos valores de IMC, o estado nutricional foi classificado em duas categorias, a partir de pontos de corte sugeridos pela OMS: eutrofia ($18,5 \text{ Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$) (WHO, 1995). A circunferência da cintura foi considerada normal quando $< 80 \text{ cm}$ para mulheres e $< 94 \text{ cm}$ para homens, e aumentada quando $\geq 80 \text{ cm}$ para mulheres e $\geq 94 \text{ cm}$ para homens, quando aumentada indica risco cardiovascular (WHO, 2000).

5.3 Análise dos dados

A digitação dos dados foi realizada em dupla entrada com posterior utilização do módulo Validate do software Epi Info, versão 6.04. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os pacotes estatísticos Epi Info versão 6.04 e SPSS versão 13.0. Para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de até 5% ($p \leq 0,05$). Para

associação da variável dependente (Insegurança Alimentar e Nutricional) com as variáveis de exposição, foi utilizado o teste do qui-quadrado com correção de Yates.

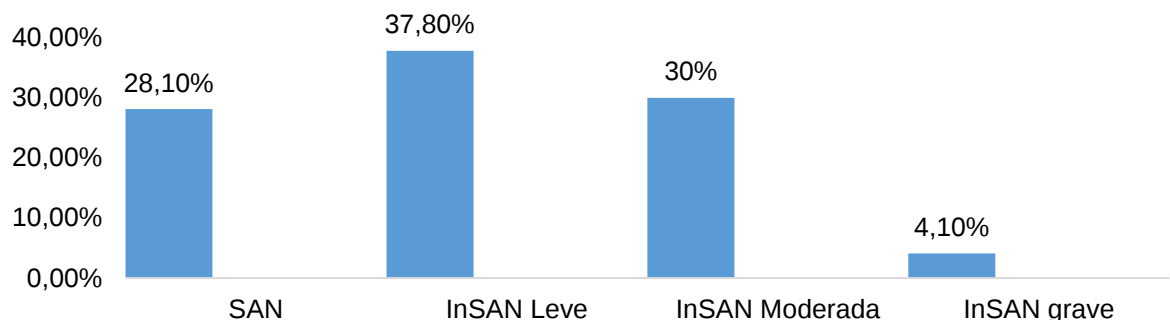
5.4 Considerações éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE sob número de parecer 897.655 e CAAE 38878814.9.0000.5208 (ANEXO E). Os adultos foram esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa e no caso de aceitação em participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO F).

6 RESULTADOS

De acordo os resultados descritos no gráfico, 71,9% dos adultos encontrava-se na condição de InSAN. Cerca de 61,6% tinha idade ≥ 30 anos, 53,0% era do sexo feminino, 73,1% autodeclarava-se de cor de pele negra/parda e 67,6% residia na zona urbana. Quanto as condições de moradia, 67,1% recebia água da rede geral de abastecimento, 43,8% bebia água sem tratamento, ainda, 18,5% dos entrevistados afirmou que o destino do esgoto era a fossa com tampa e 29,7% tinha o lixo queimado ou descartado em terreno baldio. Ainda, 58,0% frequentou a escola por um período inferior a 9 anos ou nunca frequentou, 39,5% contava com uma renda mensal inferior a um salário mínimo, e 57,1% dos entrevistados eram beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) (Tabela 1).

Gráfico 1. Nível de Insegurança Alimentar e Nutricional dos adultos residentes no município de Serra Talhada, 2015



Fonte: SILVA, R. A. A., 2019

Tabela 1 - Caracterização da condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas e socioeconômicas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

Variável	N (219)	%
Idade		
< 30 anos	84	38,4
≥ 30 anos	135	61,6
Sexo		
Masculino	103	47,0
Feminino	116	53,0
Cor da Pele		
Branco/Amarela	59	26,9
Negra/Parda	160	73,1

Área de moradia**		
Urbana	148	67,6
Rural	71	32,4
Fonte de abastecimento		
Rede geral	147	67,1
Poço /Nascente/Cacimba	72	32,9
Tratamento da água de beber		
Fervida/filtrada/coada/mineral	123	56,2
Sem tratamento	96	43,8
Destino dos Dejetos***		
Rede geral	176	81,5
Fossa com tampa/ outros	40	18,5
Destino do Lixo		
Coletado	154	70,3
Queimado/ Terreno Baldio	65	29,7
Escolaridade		
Nunca frequentou/ <9 anos	127	58,0
≥ 9 anos/ <12 anos	82	37,4
≥ 12 anos/ Sem informação	10	4,6
Total de Renda Recebida****		
Menor ou igual a 1 salário mínimo	85	39,5
Maior que 1 salário mínimo	130	60,5
Programa bolsa família		
Sim	125	57,1
Não	94	42,9

Fonte: SILVA, R. A. A., 2019.

*Variável com N= 217 / **Variável com N= 48 / ***Variável com N= 216/****Variável com N=215

Referente às variáveis de estilo de vida, 23,8% ingere álcool e 17,1% fuma. Quanto ao hábito de trocar refeições por lanche, o maior percentual de troca foi referido no jantar (27,5%). Ainda, 75,2% não realiza a leitura dos ingredientes apresentados no rótulo dos alimentos e 81,0% não observa o valor nutricional. Relativo ao estado nutricional, 62,6% dos adultos apresenta excesso de peso (sendo 41,3% de sobrepeso e 21,3% de obesidade), 35,0% dos homens apresentam risco cardiovascular e 81,3% das mulheres também se enquadra nessa condição. Quanto à prática de atividade física, cerca de 27,6% dos adultos frequenta Academia da Saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do estilo de vida e variáveis antropométricas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015

Variável	N (219)	%
Consumo de álcool*		
Sim	25	23,8
Não/parou de beber	80	76,2
Consumo de tabaco*		
Sim	18	17,1
Não/parou de fumar	87	82,9
Substitui almoço por lanche**		
Não	96	88,1
Sim	13	11,9
Substitui janta por lanche**		
Não	79	72,5
Sim	30	27,5
Leitura de ingredientes do rótulo de embalagens*		
Sim	26	24,8
Não	79	75,2
Leitura do valor nutricional no rótulo de embalagens*		
Sim	20	19,0
Não	85	81,0
Estado nutricional***		
Eutrofia	56	37,3
Excesso de peso	94	62,6
Circunferência da cintura (homens)***		
Sem risco cardiovascular	97	64,7
Risco cardiovascular	53	35,3
Circunferência da cintura (mulheres)***		
Sem risco cardiovascular	28	18,7
Risco cardiovascular	122	81,3
Frequente Academia da Saúde*		
Frequente	29	27,6
Não frequente/não tem/não sabe	76	72,4

Fonte: SILVA, R. A. A., 2019.

*Variável com N= 105 / **Variável com N= 109/ ***Variável com N=150

A tabela 3 apresenta a associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com a condição de InSAN. Nota-se que grande parte possui idade inferior a 30 anos ($p=0,018$); a cor da pele negra ou parda ($p=0,029$); nível de

escolaridade menor que o ensino fundamental completo ($p=0,009$); e a renda família inferior a um salário mínimo mensal ($p=0,001$), sendo esta última a variável com significância estatística mais expressiva.

Ademais, também merece destaque a associação limítrofe da variável “destino de dejetos” ($p= 0,087$) com a InSAN dos indivíduos estudados.

Tabela 3 - Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas e socioeconômicas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015

Variáveis	SAN		INSAN		Valor de <i>P</i>
	N (61)	%	N (156)	%	
Idade*					0,018
< 30 anos	16	19,0	68	81,0	
≥ 30 anos	45	33,8	88	66,0	
Sexo					0,613
Masculino	27	26,5	75	73,5	
Feminino	34	29,6	81	70,4	
Cor da Pele*					0,029
Branco/Amarela	23	39,0	36	61,0	
Negra/Parda	38	24,1	120	75,9	
Área de moradia*					0,203
Urbana	45	30,8	101	69,2	
Rural	16	22,5	55	77,5	
Fonte de abastecimento*					0,174
Rede geral	45	31,0	100	69,0	
Poço /Nascente/Cacimba	16	22,2	56	77,8	
Tratamento da água de beber*					0,540
Fervida/filtrada/coada/mineral	32	26,4	89	73,6	
Sem tratamento	29	30,2	67	69,8	
Destino dos Dejetos***					0,087
Rede geral	54	31,0	120	69,0	
Fossa com tampa/ outros	7	17,5	33	82,5	
Destino do Lixo*					0,454
Coletado	45	29,6	107	70,4	

Queimado/ Terreno Baldio	16	24,6	49	75,4	
Escolaridade**					0,009
Nunca frequentou/ <9 anos	28	22,2	98	77,8	
≥ 9 anos/ <12 anos	26	32,1	55	67,9	
≥ 12 anos/ Sem informação	6	66,7	3	33,3	
Total de Renda Recebida****					0,001
Menor ou igual a 1 salário mínimo	13	15,3	72	84,7	
Maior que 1 salário mínimo	46	35,9	82	64,1	
Programa Bolsa Família *					0,116
Sim	30	24,0	95	76,0	
Não	31	33,7	61	66,3	

Fonte: SILVA, R. A. A., 2019.

*Variável com N= 217 / **Variável com N= 216 / ***Variável com N=214/****Variável com N=213

Com relação às variáveis ligadas ao estilo de vida dos indivíduos, o hábito de fumar ($p= 0,105$) e não frequentar a academia das cidades ($p= 0,074$) apresentou significância limítrofe com a condição de InSAN (Tabela 4).

Tabela 4 - Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional, estilo de vida e variáveis antropométricas de adultos residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015

Variáveis	SAN		INSAN		Valor de P
	N (61)	%	N (156)	%	
Consumo de álcool*					0,988
Sim	7	28,0	18	72,0	
Não/parou de beber	22	27,8	57	72,2	
Consumo de tabaco*					0,105
Sim	2	11,8	15	88,2	
Não/parou de fumar	27	31,0	60	69,0	
Substitui almoço por lanche**					0,608
Não	31	32,3	65	67,7	
Sim	3	25,0	9	75,0	
Substitui janta por lanche**					0,952

Não	25	31,6%	54	68,4%	
Sim	9	31,0%	20	69,0%	
Leitura de ingredientes do rótulo de embalagens**					0,952
Sim	25	31,6	54	68,4	
Não	9	31,0	20	69,0	
Leitura do valor nutricional no rótulo de embalagens*					0,814
Sim	6	30,0	14	70,0	
Não	23	27,4	61	72,6	
Estado nutricional***					0,941
Eutrofia	17	30,4	39	69,6	
Excesso de peso	28	29,8	66	70,2	
Circunferência da cintura (homens)***					0,970
Sem risco cardiovascular	29	29,9	68	70,1	
Risco cardiovascular	16	30,0	37	70,0	
Circunferência da cintura (mulheres)***					0,522
Sem risco cardiovascular	7	25,0	21	75,0	
Risco cardiovascular	38	31,1	84	68,9	
Frequente Academia da Saúde*					0,074
Frequente	4	57,1	25	42,9	
Não frequente/não tem/não sabe	3	25,8	72	74,2	

Fonte: SILVA, R. A. A., 2019.

*Variável com N= 104 / **Variável com N= 108/ ***Variável com N=150

7 DISCUSSÃO

Os resultados confirmam que uma parcela expressiva (71,9%) dos adultos residentes em Serra Talhada, sertão de Pernambuco, encontrava-se na condição de Insegurança Alimentar e Nutricional em 2015. A média nacional de SAN no ano de 2013 era de 77,1%, sendo 15% em InSAN leve, 4,6% em moderada e 3,3% na grave (SANTOS *et al.*, 2018). Porém, sob a perspectiva regional, também em 2013, as regiões com menores percentuais de InSAN eram a Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto a Norte e Nordeste apresentavam maiores prevalências (SANTOS *et al.*, 2018).

Segundo Santos *et al.* (2018), a baixa escolaridade (<4 anos) também possui relação com a InSAN, principalmente nas categorias moderada e grave o que corrobora com os resultados obtidos nesse estudo, pois dentre o grupo na condição InSAN, cerca de 77,8% não concluiu o ensino fundamental 2. A baixa escolaridade dificulta o acesso ao mercado de trabalho de modo que as ocupações disponíveis a esse perfil de indivíduos oferecem baixa remuneração (LUCCHESI *et al.*, 2016).

Além da escolaridade, a renda é outra importante variável relacionada a InSAN. Saboia e Santos (2015) afirmam que a Insegurança Alimentar grave possui ligação com a renda, de modo que famílias que recebiam menos de um salário mínimo estavam mais suscetíveis à InSAN. A baixa renda familiar limita a aquisição alimentos, o que promove o consumo de produtos mais baratos e de pouca qualidade nutricional (LUCCHESI *et al.*, 2016).

A persistência das desigualdades de renda e raça influenciam os indicadores de saúde e nutrição, assim, os indivíduos, principalmente negros e de baixa renda sofrem com maior incidência de doenças crônicas (BRASIL, 2013), o que não é diferente quando se trata de InSAN (GUBERT; PEREZ-ESCAMILLA, 2018), sendo a fração com pele parda/negra a mais acometida. Baixa renda, condições precárias de moradia, principalmente em áreas urbanas, e saneamento inadequado atuam como fatores de risco para a InSAN (DA SILVA GUERRA *et al.*, 2013; SANTOS *et al.*, 2018).

Segundo Oliveira *et al.* (2009), indivíduos mais jovens apresentam-se em maior condição de InSAN. Apesar de serem adultos, os mais jovens ainda não possuem tanta estabilidade econômica, devido ao fato de estarem se inserindo no

mercado de trabalho e provavelmente não possuírem a estabilidade promovida por aposentadorias e pensões (SANTOS *et al.*, 2018), o que do mesmo modo ocorre com os participantes do estudo, na qual o público mais jovem (< 30 anos), possui maior prevalência de InSAN.

Aqueles que se encontram em situação de Insegurança Alimentar e Nutricional geralmente possuem baixo nível socioeconômico, o que favorece o consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, tornando-os mais suscetíveis ao excesso de peso (VICENZI *et al.*, 2015). O aumento do IMC (62,6%) observado relaciona-se com o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e eventos cardiovasculares (LIMA; CORRENTE; MONTEIRO, 2015; CARVALHO *et al.*, 2010), o que provoca uma série de complicações que geram gastos, principalmente com medicamentos e serviços provenientes da iniciativa privada (CANELLA; NOVAES; LEVY, 2015).

Quanto aos hábitos de vida, Lucchesi *et al.* (2016) realizaram um estudo com tabagistas, constatando que a prática de fumar estava associada a maior suscetibilidade à distúrbios nutricionais, além disso, a pouca diversidade de alimentos influenciava de forma negativa o hábito alimentar.

Embora não tenha apresentado associação com a InSAN, a troca de refeições por lanche pode ser um fator capaz de modificar o hábito alimentar. Graças à transição alimentar, ocorre um alto consumo de alimentos ultraprocessados em detrimento de alimentos regionais; além de existirem outros determinantes que contribuem para esta problemática, como a dificuldade em ter acesso aos alimentos, baixa renda e escolaridade (AQUINO *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que apesar de não ter apresentado significância estatística, as informações contidas no rótulo dos alimentos possuem a capacidade interferir diretamente na SAN, sendo considerado um fator protetor, pois traz informações e características do produto, o que interfere na escolha do consumidor e pode favorecer a escolha de alimentos mais saudáveis (SANTOS, 2011).

A Academia da Saúde é uma ferramenta de promoção da saúde para população em geral, servindo como estratégia para o combate às DCNT (COSTA *et al.*, 2013). Os adultos em condição de InSaN, não costumavam frequentar a Academia da Saúde, o que provavelmente seria reflexo de um estilo de vida pouco ativo,

influenciando negativamente a condição de saúde desse público. Um levantamento realizado nas capitais brasileiras demonstrou que cerca de 44,1% da população adulta não possuía um nível de atividade física adequado, praticando menos de 150 minutos de atividade moderada ou menos de 75 minutos de atividade vigorosa por semana; no Recife, de forma geral, o percentual de inatividade física corresponde a 38% (BRASIL, 2019a).

As informações apontam que o público entrevistado possui uma alta prevalência de InSAN e os mais afetados são os adultos jovens, de cor parda/preta, com baixa renda e pouca escolaridade, estas condições contribuem para maior vulnerabilidade socioeconômica e para uma alimentação de pior qualidade, o que consequentemente propicia a InSAN e prejudica a saúde desta população.

Percebe-se que o estilo de vida moderno afeta a população sertaneja, que apesar de atualmente, em sua maioria, apresentar excesso de peso, diferentemente de outrora, continua sofrendo com vulnerabilidades decorrentes de fatores socioeconômicos que impedem a consolidação da SAN.

Considerando a atual conjuntura do país, com a extinção do CONSEA, a transições demográfica, epidemiológica e nutricional, e as mudanças climáticas, a perspectiva é que a InSAN aumente, desta forma, faz-se necessário estimular a implementação de estratégias para estímulo de um estilo de vida saudável, promoção da SAN, ampliação da cobertura do saneamento básico e acesso a educação de qualidade nessas localidades, além disso, reforçar a manutenção de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família; e de promoção à saúde, como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Academia da Saúde.

8 CONCLUSÕES

A significativa prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional entre adultos do sertão pernambucano está associada a fatores como a baixa escolaridade e renda familiar, cor de pele parda/escuro e idade menor que 30 anos. E que ainda houve algumas associações limítrofes com o destino dos dejetos, fumo e frequência na Academia da Saúde. Apesar das variáveis antropométricas (especialmente o excesso de peso) e aquelas ligadas ao hábito alimentar não apresentarem associação com a InSAN, deve-se considerar que são fatores de risco para o surgimento de doenças, principalmente as DCNT.

Diante dos achados faz-se necessário compreender que a Segurança Alimentar e Nutricional sofre influência de um conjunto de fatores que atuam de forma sinérgica para esta condição, desta forma, é preciso reiterar a importância da implementação de estratégias que: evitem a evasão escolar, propiciem geração de empregos, promovam saneamento básico adequado, como também propicie um estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. M. M.; MARINHO, G. L.; JOMAR, R. T. Necessidade de intervenção breve por uso de álcool, tabaco e outras drogas entre usuários da atenção primária à saúde. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 104-110, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000200104&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.
- ALMEIDA, M. F. *et al.* Uso de álcool e tabaco e as doenças tratadas na prática geral. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 5, p. 452-458, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017000500452&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.
- AQUINO, F. C. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional, Hábitos Alimentares e condições socioeconômicas na Chapada dos Veadeiros no Brasil Central. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 23, n. 2, p. 933-943, 2016.
- ARAÚJO, A. A.; SANTOS, A. C. O. Segurança alimentar e indicadores socioeconômicos de gestantes dos distritos sanitários II e III, Recife–Pernambuco. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, p. 466-475, 2016.
- ARAUJO, F. R. *et al.* Programa Restaurante Popular: uma alternativa para promover o direito humano à alimentação adequada? **Emancipação**, Ponta Grossa. v. 15, n. 1, p. 142-154, 2015. Disponível em: <https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 13 nov. 2019.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. 181-191, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2019.
- BATISTA FILHO, M.; MIGLIOLI, T. C.; SANTOS, M. C. Normalidade antropométrica em adultos: o paradoxo geográfico e socioeconômico da transição nutricional no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, Recife, v. 7, n. 4, p. 487-493, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2018.
- BEVIDELLI, M. M. Fatores de risco para doenças crônicas entre participantes do programa Vivendo com Estilo e Saúde. **Mundo saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 606-616, 2017.
- BIELEMANN, R. M. *et al.* Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 28, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

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. Brasília: Presidência da República, [2006a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2006/Lei/L11346.html. Acesso em: 16 jun. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, [2006b].

BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, [2019a].

BRASIL. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil:** indicadores e monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília: CONSEA, 2010.

BRASIL. **Lei de Segurança Alimentar e Nutricional: Conceitos.** Brasília: CONSEA, [200-?].

BRASIL. **Medida provisória nº 870 de 1 de janeiro de 2019.** Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília: Presidência da República, [2019b].

BURITY, Valéria *et. al.* **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.** Brasília: ABRANDH, 2010.

CAMURÇA, C. E. S. *et al.* Implicações psicossociais da seca na vida de moradores de um município da zona rural do nordeste do Brasil. **Revista UROSARIO**, Bogotá, v. 34, n. 1, p. 117-128, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v34n1/v34n1a09.pdf>. Acesso em: 27 out. 2018.

CANELLA, D. S.; NOVAES, H. M. D.; LEVY, R. B. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2331-2341, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102331&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2019.

CARVALHO, A. C. A. de *et al.* Desenvolvimento de placas de ateroma em pacientes diabéticos e hipertensos. **Rev. Ciências Méd Biol**, Salvador, v. 9, n. 1, p. 73-77, 2010.

CNM (Brasil) (Org.). **Estudos Técnicos.** 6. ed. Brasília: Confederação Nacional de Municípios, 2014. Disponível em:

http://www.hotsites.cnm.org.br/mobpermanente_2014/download/Estudos_Tecnicos_Volume_6_2014.pdf. Acesso em: 29 nov. 2018.

COSTA, B. V. L. *et al.* Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 95-102, 2013.

FACCHINI, L. A. *et al.* Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 161-174, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100161&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 ago. 2019.

FAO. **O estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil**: um retrato multidimensional. Brasília: FAO, 2014. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/SANnoBRasil.pdf. Acesso em: 13 nov. 2019.

GODOY, K. *et al.* Food insecurity and nutritional status of individuals in a socially vulnerable situation in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 607-616, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200607&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2019.

GUBERT, M. B.; PEREZ-ESCAMILLA, R. Insegurança alimentar grave municipal no Brasil em 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3433-3444, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003433&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.

GUERRA, L. D. S. *et al.* Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 335-348, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 set. 2019.

HUMPHREYS, B. R.; MCLEOD, L.; RUSESKEI, J. E. Physical activity and health outcomes: evidence from Canada. **Health Economics**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 33-54, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.2900>. Acesso em: 27 out. 2018.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

CONSEA. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Salvador: IPEA, 2012. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Seguranca_alimentar_IV/relatorio_preliminar_4_conferencia_seguranca_alimentar_nutricional.pdf. Acesso em: 20 nov. 2019.

KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, Denise Petrucci. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

LEÃO, M. *et al.* **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

LIMA, A. C. B. M.; CORRENTE, J. E.; SILVA, M. C. M. Estado nutricional como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis. **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 25, n. 1, p. 82, 2015.

LUCCHESI, M. A. *et al.* Relato de experiência de uma prática educativa em um grupo de tratamento ao tabagismo. **Academus Revista Científica da Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 118-124, 2016.

MACEDO, D. C. *et al.* A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Rev. Simbio-Logias**, Botucatu, v. 2, n. 1, p. 31-46, 2009.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2019.

MALTA, D. C. *et al.* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200217&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2019.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Estado nutricional e Insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 453-465, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2019.

OPAS. **Folha informativa – Álcool**. Brasília: OPAS, 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093. Acesso em: 22 out. 2019.

OPAS. **Políticas públicas destinadas a favorecer estilos de vida saudáveis podem prevenir mais de um terço dos cânceres**. Brasília: OPAS, 2016. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4995:politic-as-publicas-destinadas-a-favorecer-estilos-de-vida-saudaveis-podem-prevenir-mais-de-um-terco-dos-canceres&Itemid=839. Acesso em: 22 out. 2019.

RUDNEY, S. **Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em educação física**. 2006. 265 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

SABOIA, R. C. B.; SANTOS, M. M. Prevalência de Insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 749-758, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400749&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.

SANTOS, C. B. Segurança Alimentar e Rotulagem de Alimento Sob a Perspectiva do Código de Defesa do Consumidor Brasileiro. **Percurso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 327-346, 2011.

SANTOS, R. M. A formação do Movimento dos Pequenos Agricultores–MPA: por soberania alimentar, contra a mercadorização do campo no Brasil. **Revista Nera**, Presidente Prudente, v.31, n. 19, p. 10-31, 2016.

SANTOS, N. F. *et al.* Overweight in adolescents: food insecurity and multifactoriality in semiarid regions of Pernambuco. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 38, n.1, p.1-11, 2020.

SANTOS, T. G. *et al.* Tendência e fatores associados à Insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2019.

SEGALL-CORRÊA, A. M. *et al.* Refinement of the Brazilian household food insecurity measurement scale: Recommendation for a 14-item EBIA. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 241–251, 2014.

SILVA, E. K. P. *et al.* Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 1-14, 2017.

SOUSA, L. R. M. *et al.* Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p. 1-13, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000905008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 ago. 2019.

SOUZA, N. P. *et al.* A (des)nutrição e o novo padrão epidemiológico em um contexto de desenvolvimento e desigualdades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2257-2266, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 ago. 2019.

SOUZA, C. L.; ANDRADE, C. S. Saúde, meio ambiente e território: uma discussão necessária na formação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 4113-4122, 2014.

STRUCIATI, J. C.; ENES, C. C. Evolução do estado nutricional e de fatores comportamentais de risco e de proteção para doenças crônicas: uma comparação entre as regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E V ENCONTRO DE INICIAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO*

TECNOLÓGICO E INOVAÇÃO, 20., 2015, Campinas. **Anais [...]** Campinas: PUC-Campinas, 2015.

SWINBURN, B. A. *et al.* The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, Londres, v. 393, n. 10173, p. 791-846, 2019.

VICENZI, K. *et al.* Insegurança alimentar e excesso de peso em escolares do primeiro ano do Ensino Fundamental da rede municipal de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1084-1094, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 set. 2019.

VIEIRA, R. M. S. P. *et al.* Avaliação do impacto da desertificação no ambiente e na população do semiárido brasileiro por meio de uma base de dados geográficos. **Sustentabilidade em Debate**, Brasília, v. 7, n. 0, p. 52-68, 2016. Disponível em: <https://doaj.org/article/df1fbea3719a4bf8b1026b3424508e10>. Acesso em: 21 out. 2018.

WHO. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=DADC4B2D1232D659215A6995525C569B?sequence=1. Acesso em: 27 out. 2018.

_____. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. 5. Ed. Kobe: WHO, 2004. Disponível em: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf. Acesso em: 19 out. 2018.

_____. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO; 2000. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. Acesso em: 26 out. 2018.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=C8A3152932163CC6C8922EBCACC89D0C?sequence=1. Acesso em: 22 out. 2018.

_____. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/. Acesso em: 28 nov. 2018.

ANEXO A – EBIA
QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR

QUEST				
1. Quantas refeições por dia são feitas na casa? Refeições principais () Lanches ()	REF		LAN	
2. Aonde o Sr(a) compra a maior parte dos alimentos da família?	COMPRAA			
(1) Supermercado (2) Mercadinho (3) Quitanda/ venda (4) Feira/ mercado livre (5) Taberna/ bar/ bodega/ boteco (6) Outro: _____				
3. Como a família consegue os alimentos para seu consumo?	COMOCOM			
(1) Compra (2) Produção própria (3) Recebe doações (4) Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz				
4. Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o Sr(a) diria que é:	QUALALM			
Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/ não respondeu				
5. Em sua opinião, quais tipos de alimentos faltam para que a alimentação da sua família seja melhor? <i>Marcar até 3 opções</i>				
(1) Frutas (2) Verduras (3) Carnes (4) Feijão (5) Arroz (6) Macarrão	FALTALI1			
(7) Iogurte (8) Leite ou queijo (9) Biscoitos ou outros alimentos industrializados	FALTALI2			
(10) Todos (00) Nenhum (99) Não sabe/ não respondeu	FALTALI3			

ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)		SIM (1)	NA O (2)	NS/NR (9)
** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?	MENOR18			
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?	SAN1			
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	SAN2			
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	SAN3			
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.	SAN4			
Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código (2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA.				
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN5			

6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?		SAN6				
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?		SAN7				
8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?		SAN8				
CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA						
9. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?		SAN9				
10. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?		SAN10				
11. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		SAN11				
12. (<18ª) Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		SAN12				
13. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		SAN13				
14. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?		SAN14				
A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EBIA.						
15. Vou ler alguns motivos que as pessoas usam como explicação por não ter a quantidade ou variedade de alimentos desejada. Após ler, gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se uma ou mais destas razões ocorre com sua família.						
		(1) Sim	(2) Não	(9) Não sabe		
1	Faltou dinheiro para a comida					
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado/ feira/ armazém/ venda				VARIE	
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				DIFIC	
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				TEMPO	
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				PRODU C	
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				DIVID	
7	Faltou água para cozinhar				AGUAC	

8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				SEMGA S	
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				DOENTE	
10	Estou/ estamos em dieta especial				DIETA	
11	Outro:				OUTRO M	

ANEXO B – REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

FORMULÁRIO 7
REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

DATA: / / MUNICÍPIO: SITUAÇÃO: SETOR: ENTREVISTADOR: QUESTIONÁRIO:

--	--	--	--

ENDEREÇO DO DOMICÍLIO: _____

[illegible]

ANEXO C – REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

1	TOTAL DE PESSOAS: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>	NPES	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
2	TIPO DE MORADIA:	TIPO	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Casa <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Outro: _____				
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Apartamento <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Quarto/Cômodo				
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:	REGIME	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Própria, já paga <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Própria, doada pelo governo <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Própria, em aquisição <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Mora de favor/emprestada: <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Cedida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">7</table> Invadida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Alugada <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">8</table> Outro: _____				
4	PAREDES:			PAREDE	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Alvenaria/Tijolo <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Tijolo + Outros <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Taipa <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Madeira/Lata/plástico/papelão <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Tijolo + Taipa <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Outro: _____				
5	PISO:	PISO	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Cerâmica/ Lajota/Taco <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Terra (barro) <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Madeira <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Cimento + Cerâmica <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Cimento <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Outro: _____				
6	COBERTURA:			TETO	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Laje de concreto <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Telha de amianto (Tipo Brasil) <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Telha de barro <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Outro: _____				
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:	ÁGUA 1	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Com canalização interna <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Com canalização até o quintal <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Sem canalização				
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO			ÁGUA 2	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Rede geral <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Vizinho/parente <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Poço /Nascente/Cacimba <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Outro <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Chafariz <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento				
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:	TRATA	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Fervida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Sem tratamento <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Filtrada <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Mineral <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Coada <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Outro: _____				
9	DESTINO DOS DEJETOS:	DEJETOS	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>		
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Rede geral <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Não Sabe <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Fossa com tampa <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Fossa rudimentar (sem tampa) <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Cursos d'água <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Outro: _____				
10	DESTINO DO LIXO:			LIXO	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"></table>
	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">1</table> Coletado <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">3</table> Queimado <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">5</table> Caçamba <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">2</table> Enterrado <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">4</table> Terreno baldio <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;">6</table> Outro				

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

[illegible]

F2 - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

QUESTIONÁRIO

--	--	--	--

30	A FAMÍLIA ESTÁ INSCRITA NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?		
	1 Sim, comprovado 2 Sim, informado 3 Não 4 Não sabe	INSCPBF	
Se não estiver inscrita no PBF, encerrar esta parte da entrevista			
31	Se sim, recebeu o benefício no último mês?		
	1 Sim 2 Não Não sabe	RECEBEU	
32	Quando a família começou a receber o benefício do Bolsa Família		
	Mês e ano: ____ / ____	8888 Não recebe 9999 Não sabe	PBFQ
33	O que fez do dinheiro recebido no último mês? (marcar até 3 opções)		
	1 Ainda não recebeu 2 Comprou alimentos 3 Pagou aluguel 4 Pagou dívidas 5 Comprou remédios	6 Comprou roupas 7 Outro: _____ 8 Não recebeu ainda 9 Não sabe	DINHES
34	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a alimentação de vocês?		
	1 Melhorou muito 2 Melhorou 3 Continua igual	4 Piorou 5 Piorou muito 9 Não sabe/não recebeu ainda	DINHES
35	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a vida de vocês?		
	1 Melhorou muito 2 Melhorou 3 Continua igual	4 Piorou 5 Piorou muito 9 Não sabe/não recebeu ainda	DINHES
36	Por quê? _____		

ANEXO D – QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

Nome:	Nº de Ordem:	Questionário:
-------	--------------	---------------

BLOCO A – SITUAÇÃO E EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

1. QUAL A SUA OCUPAÇÃO ATUAL? _____ (especificar)	OCUP																																				
2. O (A) SR.(A) TEM ALGUMA ATIVIDADE DE TRABALHO EM QUE FICA EM CONTATO OU RESPIRA FUMAÇAS OU FUMOS OU POEIRA, INCLUINDO FUMAÇA DE CIGARROS E ATÉ DE SEU PRÓPRIO CIGARRO, SE FOR O CASO? ☐ 1 Sim ☐ 2 Não (3) Não trabalha	CONF																																				
3. COM QUE TIPO DE FUMAÇAS/ FUMOS/ POEIRA, O(A) SR.(A) TEM CONTATO? <i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Fumaça de cigarro</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;">Sim</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%;">Não</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">8</td> <td style="width: 30%;">NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</td> </tr> <tr> <td>2. Fumaças metálicas (ex: trabalho/queima de soldagem)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</td> </tr> <tr> <td>3. Outras fumaças</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</td> </tr> <tr> <td>4. Poeira (não considerar poeira domiciliar)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</td> </tr> <tr> <td>5. Poluição de automóveis</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (Não tem contato/ Não trabalha)</td> </tr> </table>	1. Fumaça de cigarro	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)	2. Fumaças metálicas (ex: trabalho/queima de soldagem)	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)	3. Outras fumaças	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)	4. Poeira (não considerar poeira domiciliar)	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)	5. Poluição de automóveis	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)	TIPOF TIPOFM TIPOFO TIPOEIRA TIPOAUTO	
1. Fumaça de cigarro	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)																															
2. Fumaças metálicas (ex: trabalho/queima de soldagem)	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)																															
3. Outras fumaças	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)																															
4. Poeira (não considerar poeira domiciliar)	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)																															
5. Poluição de automóveis	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem contato/ Não trabalha)																															

BLOCO B – EXPOSIÇÃO SOLAR

4. O(A) SR.(A) FICA EXPOSTO AO SOL, POR PELO MENOS 30 MINUTOS, PELAS SEGUINTE ATIVIDADES? <i>Entrevistador: Leia as alternativas.</i> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">a. Lazer / Atividade Física</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;">Sim</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 10%;">Não</td> </tr> <tr> <td>b. Trabalho</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>c. Locomoção</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td>d. Atividades do lar (jardinagem, lavagem de carro, de roupa, etc)</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Sim</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Não</td> </tr> </table>	a. Lazer / Atividade Física	1	Sim	2	Não	b. Trabalho	1	Sim	2	Não	c. Locomoção	1	Sim	2	Não	d. Atividades do lar (jardinagem, lavagem de carro, de roupa, etc)	1	Sim	2	Não	LAZERSOL TRABSOL LOCOSOL LARSOL	
a. Lazer / Atividade Física	1	Sim	2	Não																		
b. Trabalho	1	Sim	2	Não																		
c. Locomoção	1	Sim	2	Não																		
d. Atividades do lar (jardinagem, lavagem de carro, de roupa, etc)	1	Sim	2	Não																		
5. QUANDO O(A) SR.(A) ESTÁ EXPOSTO AO SOL, POR MAIS DE 30 MINUTOS, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) USA PROTETOR SOLAR? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Sempre</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 30%;">Algumas vezes</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 30%;">Nunca</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Quase sempre</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Raramente</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (não fica exposto ao sol)</td> </tr> </table>	1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca	2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)	PROTETOR									
1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca																	
2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)																	
6. QUANDO O(A) SR.(A) ESTÁ EXPOSTO AO SOL, POR MAIS DE 30 MINUTOS, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) USA CHAPÉU COM ABAS, BONÉ OU VISEIRA? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Sempre</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 30%;">Algumas vezes</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 30%;">Nunca</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Quase sempre</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Raramente</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>NSA (não fica exposto ao sol)</td> </tr> </table>	1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca	2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)	CHAPEU									
1	Sempre	3	Algumas vezes	5	Nunca																	
2	Quase sempre	4	Raramente	8	NSA (não fica exposto ao sol)																	

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

BLOCO C – ATIVIDADE FÍSICA

7. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM O(A) SR.(A) CAMINHA POR <u>PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u> EM CASA, NO TRABALHO, COMO FORMA DE TRANSPORTE PARA IR DE UM LUGAR PARA OUTRO, POR LAZER OU COMO FORMA DE EXERCÍCIO? Dia(s) na semana Nenhum (Passe para a questão 9 e assinale 888 na questão 8)	CAMINHA
8. NOS DIAS EM QUE O (a) SR. (a) CAMINHA, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>, QUANTO TEMPO NO TOTAL O (a) SR.(a) GASTA CAMINHANDO? Horas Minutos Não caminha	HORACAM
Para responder as perguntas, de 9 a 15, pense que:	
ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) respirar UM POUCO mais forte do que o normal e o coração bater UM POUCO mais rápido. ALGUNS EXEMPLOS DE ATIVIDADES MODERADAS SÃO: PEDALAR LEVE NA BICICLETA, NADAR, DANÇAR, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA LEVE, JOGAR VÔLEI RECREATIVO, CARREGAR PESSOAS LEVES, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS NA CASA OU NO QUINTAL, COMO VARRER, ASPIRAR, CUIDAR DO JARDIM OU TRABALHOS COMO SOLDAR, OPERAR MÁQUINAS, EMPILHAR CAIXAS ETC.	
9. O(A) SR.(a) FAZ ATIVIDADES MODERADAS, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>, NO TRABALHO, POR DIVERTIMENTO, POR ESPORTE, COMO FORMA DE EXERCÍCIO, COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES DENTRO DE CASA, NO QUINTAL OU QUALQUER OUTRA ATIVIDADE QUE AUMENTE MODERADAMENTE A SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO? 1 Sim 2 Não (Passe para a questão 12 e assinale 8 na questão 10 e 888 na questão 11)	ATIVMODE
10. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM, O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES MODERADAS, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>? Dias na semana Nenhum NSA (Não faz atividade moderada)	DIASMODE
11. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) FAZ ESSAS ATIVIDADES MODERADAS, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>, QUANTO TEMPO AO TODO O (A) SR. (A) GASTA FAZENDO ESSAS ATIVIDADES? Horas Minutos NSA (Não faz atividade moderada)	HORAMODE
ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um GRANDE esforço físico, fazem o(a) Sr.(a) respirar MUITO mais forte do que o normal e o coração bater MUITO mais rápido. ALGUNS EXEMPLOS DE ATIVIDADE VIGOROSA SÃO: CORRER, FAZER GINÁSTICA AERÓBICA, JOGAR FUTEBOL, PEDALAR RÁPIDO NA BICICLETA, JOGAR BASQUETE, FAZER SERVIÇOS DOMÉSTICOS PESADOS NA CASA, NO QUINTAL, CARREGAR GRANDES PESSOAS OU TRABALHOS COMO USAR ENXADA, BRITADEIRA, MARRETA, MACHADO, FOICE, SERROTE, PICARETA, ALAVANCA, ETC.	
12. O(A) SR.(A) FAZ ATIVIDADES VIGOROSAS, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>, NO TRABALHO, POR DIVERTIMENTO, POR ESPORTE, COMO FORMA DE EXERCÍCIO, COMO PARTE DAS SUAS ATIVIDADES DENTRO DE CASA, NO QUINTAL OU QUALQUER OUTRA ATIVIDADE QUE AUMENTE MUITO SUA RESPIRAÇÃO OU BATIMENTOS DO CORAÇÃO? 1 Sim 2 Não (Passe para a questão 15 e assinale 8 e na questão 13 e 888 na 14)	ATIVIGOR
13. EM QUANTOS DIAS DE UMA SEMANA COMUM, O(A) SR.(A) FAZ ESSAS ATIVIDADES VIGOROSAS, <u>POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS</u>? Dia(s) na semana Nenhum NSA (Não faz atividade vigorosa)	DIASVIGOR

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

14. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) FAZ ATIVIDADES VIGOROSAS, POR PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS, QUANTO TEMPO AO TODO O (A) SR. (A) GASTA FAZENDO ESSAS ATIVIDADES? Horas Minutos NSA (Não faz atividade vigorosa)		HORAVIGOR	
- ESTAS ÚLTIMAS QUESTÕES – 15 E 16 – SÃO SOBRE O TEMPO QUE O SR(A) FICA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA. - ISTO INCLUI O TEMPO DE ESTUDO, TRABALHO, DESCANSO, FAZENDO LIÇÃO DE CASA, VISITANDO UM AMIGO, DE LEITURA, TELEVISÃO, COMPUTADOR, VIDEO GAME. - NÃO INCLUI O TEMPO GASTO SENTADO DURANTE O TRANSPORTE EM ÔNIBUS, TREM, METRÔ OU CARRO (e comendo?)			
15. EM MÉDIA, QUANTO TEMPO O SR.(A) GASTA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA DE SEMANA? Horas Minutos		MISENTD	
16. EM MÉDIA, QUANTO TEMPO O SR.(A) GASTA SENTADO OU RELAXADO DURANTE UM DIA DE FINAL DE SEMANA? Horas Minutos		MISENTFD	
17. TEM ACADEMIA DA CIDADE (OU DA SAÚDE) PRÓXIMO À SUA CASA? (1) 1 Sim 2 Não		ACADEMIA	
18. ACHA IMPORTANTE TER? (1) Sim (2) Não 1 Sim 2 Não		ACADIMP	
19. COM QUE FREQUÊNCIA O SR(A) E/OU ALGUMA PESSOA DA SUA CASA FREQUENTA A ACADEMIA DA CIDADE (OU DA SAÚDE)? 1 Uma vez na semana 2 Duas vezes na semana 3 Três ou mais vezes na semana 8 Não frequenta/ não tem academia 9 Não sabe/ não lembra		FREQADEM	

BLOCO D – SAÚDE BUCAL

20. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ FOI AO(À) DENTISTA? <table border="1"> <tr> <td> 1 Menos de 6 meses</td> <td> 4 Mais de 2 anos</td> </tr> <tr> <td> 2 6 meses a < 1 ano</td> <td> 8 Nunca foi ao dentista</td> </tr> <tr> <td> 3 1 a 2 anos</td> <td> 9 Não sabe/ não lembra</td> </tr> </table>		1 Menos de 6 meses	4 Mais de 2 anos	2 6 meses a < 1 ano	8 Nunca foi ao dentista	3 1 a 2 anos	9 Não sabe/ não lembra	DENTIULT	
1 Menos de 6 meses	4 Mais de 2 anos								
2 6 meses a < 1 ano	8 Nunca foi ao dentista								
3 1 a 2 anos	9 Não sabe/ não lembra								
20.a. O(A) SR.(a) USA PRÓTESE> 1 Sim, total 2 Sem, parcial 3 Não		USAPRO							
21. VOCÊ ESCOVA OS DENTES ANTES DE DORMIR? 1 Sim, todos os dias 2 Sim, às vezes 3 Não		ESCOVAD							

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

BLOCO E – HÁBITOS ALIMENTARES

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS HÁBITOS ALIMENTARES. PARA RESPONDER, POR FAVOR, PENSE NA SUA ALIMENTAÇÃO. LEMBRE-SE DE TODAS AS REFEIÇÕES - CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR E LANCHES, QUE O (A) SR.(A) FAZ EM CASA OU FORA DE CASA.

22. O(A) SR.(A) COSTUMA COLOCAR SAL NO PRATO DE COMIDA?

Entrevistador: Leia as alternativas e assinale apenas uma resposta

1	Nunca coloco sal no prato de comida	3	Coloco quase sempre mesmo sem provar	SALPRATO	
2	Provo e coloco se estiver sem sal				

23. COM QUE FREQUÊNCIA, O (A) SR (A) COSTUMA LER NOS RÓTULOS DOS PRODUTOS QUE

Prazo de validade:	1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	PRAZOVALID	
Os ingredientes:	1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	INGREDIENT	
O valor nutricional:	1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	VALORNUTRI	
O modo de conservação: (depois de aberto)	1	Sempre	2	Às vezes	3	Raramente	4	Nunca	CONSERVA	

24. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO ALMOÇO POR SANDUICHES, SALGADOS, PIZZA OU OUTROS LANCHES?

1	1 a 2 dias na semana	2	3 a 4 dias / semana	3	5 a 6 dias na semana	TROCALM	
4	Todos os dias (inc. sábado e domingo)	5	Quase nunca	6	Nunca		

25. EM QUANTOS DIAS DA SEMANA O SENHOR (SENHORA) COSTUMA TROCAR A COMIDA DO JANTAR POR SANDUICHES, salgados, pizza ou outros lanches?

1	1 a 2 dias na semana	2	3 a 4 dias / semana	3	5 a 6 dias na semana	TROCAJAN	
4	Todos os dias (inc. sábado e domingo)	5	Quase nunca	6	Nunca		

BLOCO F – TABAGISMO

26. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) FUMA OU JÁ FUMOU?

1	Sim	2	Não (passe para a questão 31)	3	Ex-fumante (passe para a questão 29)	FUMAHOJE	
---	-----	---	-------------------------------	---	--------------------------------------	----------	--

27. A PARTIR DE QUE IDADE COMEÇOU A FUMAR HABITUALMENTE?

____ Anos 88 NSA (nunca fumou) 99 Ex-fumante (passe para a questão 33)

28. EM MÉDIA, QUANTOS CIGARROS O(A) SR.(A) FUMA:

Entrevistador: Preencher com a quantidade referida pelo (a) entrevistado (a); se a resposta for "maço", converter para quantidade de cigarros: 1 maço = 20 cigarros

Colocar a resposta referente ao hábito do entrevistado, se este fuma diariamente, colocar o número de cigarros por dia, se são alguns por semana, colocar o número de cigarros por semana, e se são alguns por mês, colocar o número de cigarros por mês.

	Cigarros por dia	8	8	(Ex ou não fuma)	9	9	Não sabe/Variável	CIGARRODIA	
	Cigarros por semana							CIGARSEM	
	Cigarros por mês								

29. DURANTE QUANTO TEMPO O(A) SR.(A) FUMOU?

	Anos		Meses	0	0	Ainda fuma	8	8	NSA (Nunca fumou)	TEMPFUMO	
--	------	--	-------	---	---	------------	---	---	-------------------	----------	--

30. O(A) SR.(A) PAROU DE FUMAR PORQUE TINHA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE FOI CAUSADO OU QUE PIOROU POR CAUSA DO CIGARRO? Entrevistador: Leia as alternativas.

1	Sim	2	Não	0	Ainda fuma	8	NSA (Nunca fumou)	PROBLEMA	
---	-----	---	-----	---	------------	---	-------------------	----------	--

31. O(A) SR.(A) FICA EM CONTATO COM A FUMAÇA DO CIGARRO DE OUTRAS PESSOAS EM SUA CASA, TRABALHO OU ESCOLA?

CASA	1	Sim	2	Não	CONTATOC	
TRABALHO	1	Sim	2	Não	CONTATOT	
ESCOLA	1	Sim	2	Não	CONTATOE	

F6 – ADULTO (20 anos e mais)

QUEST _____

BLOCO G – ÁLCOOL

32. O SR(A) COSTUMA CONSUMIR BEBIDA ALCOOLICA?		SEBEBE	
1 Sim	2 Não	3 Parou de beber	
4 Nunca bebeu	8 Não quis informar		
33. DURANTE OS <u>ÚLTIMOS 30 DIAS</u> , EM QUANTOS DIAS, POR SEMANA OU POR MES, APROXIMADAMENTE, O(A) SR.(A) CONSUMIU BEBIDAS ALCOÓLICAS?		BEBESEM	
	Dias por semana	Dias por mês	0 0 (não consumiu bebida)
(se NÃO BEBEU nos últimos 30 dias ou não quis informar, passar para a questão 37. Nesta entrevista, consideramos como dose de bebida alcoólica: uma lata de cerveja, uma taça de vinho, um drinque ou coquetel ou uma dose de cachaça ou uísque (LEIA ESSE TEXTO). Sendo assim:		BEBEMES	
34. NOS DIAS EM QUE O (A) SR. (A) BEBEU, QUANTAS DOSES, EM MÉDIA, O (A) SR. (A) INGERIU POR DIA?		DOSEDIA	
	Doses por dia	9 9 Não sabe	
35. (só para homens) Nos últimos 30 dias, o SR chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)		VEZ30H5	
1 Sim	2 Não	8 NSA (mulher)	
35a. Em quantos dias do mês isto ocorreu?		DIASH5	
	Dias	0 0 Nenhum	8 8 (mulher)
36. (só para mulheres) Nos últimos 30 dias, a SRA chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)		VEZ30M4	
1 Sim	2 Não	8 (homem)	
36a. Em quantos dias do mês isto ocorreu?		DIASM4	
	Dias	0 0 Nenhum	8 8 (homem)

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	--	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS AFETADOS PELA SECA NO SERTÃO

Pesquisador: Vanessa Sá Leal

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38878814.9.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 897.655

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do pesquisador principal que é Prof.^a do CAV/UFPE. Será avaliado se os domicílios do sertão de Pernambuco apresentam elevado percentual de insegurança alimentar e nutricional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional no sertão do estado de Pernambuco.

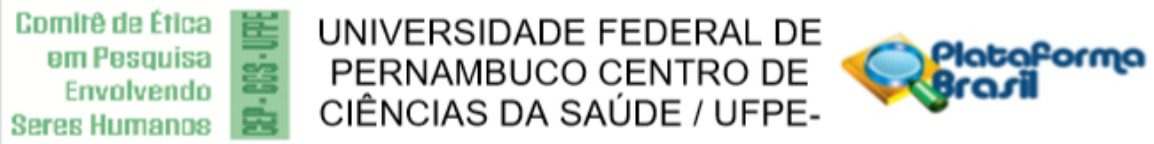
Objetivo Secundário:

- Classificar os municípios sorteados para a pesquisa em sua situação de insegurança alimentar e nutricional;- Identificar a prevalência de insegurança alimentar em seus diferentes níveis nos domicílios do sertão;- Verificar a associação da insegurança alimentar a fatores socioeconômicos, alimentares, de produção agrícola e de participação em programas sociais;- Investigar as percepções e representações sociais de residentes do sertão sobre as dificuldades, alternativas e perspectivas de convivência com o semiárido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Bem descritos no projeto da plataforma e no TCLE.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	CEP: 50.740-600
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE Município: RECIFE	
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 897.655

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será desenvolvido no sertão do estado de Pernambuco, uma das 27 unidades federativas do Brasil. O sertão pernambucano subdivide-se nas mesorregiões Sertão e São Francisco, representa 63,7% do território do estado, com uma população de 1.575.033 habitantes, segundo o censo de 2010, correspondendo a 17,9% da população estadual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados em quantidade e qualidade.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
 (Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: *“Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados”*. Que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP; 50670-90, email: lirapic@ufpe.br, telefone 3271-8001.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, dislipidemias), história e sequelas de infartos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais e seus fatores associados, no Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você será submetido(a) a uma avaliação do estado nutricional, com verificação de peso, altura, medidas de cintura, quadril, braço e dobras cutâneas, aferição da pressão arterial e de 10ml coleta de sangue.

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das suas medidas corporais e a coleta de sangue. Os questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inaprop/riado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, a mesma poderá ocasionar uma possível sensação de dor e todos os cuidados serão tomados para evitar infecção no local da picada. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento.

Os benefícios imediatos que você poderá esperar com a sua participação é o esclarecimento sobre sua situação de saúde, com os resultados do peso corporal, glicemia, colesterol e triglicerídeos. E caso necessário, encaminhamento para o acompanhamento clínico de eventuais problemas de saúde identificados.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. A divulgação dos resultados será do conjunto dos participantes, e não dos dados individuais. Esses resultados servirão para auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

Assinatura do pesquisador

(Nome completo do pesquisador e CPF)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados*”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: