

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MARIANA NATHÁLIA GOMES DE LIMA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR EM  
ADULTOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

RECIFE

2023

MARIANA NATHÁLIA GOMES DE LIMA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR EM  
ADULTOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Nutrição. Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Sá Leal

Co-orientadora: Profa. Dra. Juliana Souza Oliveira

RECIFE

2023

Catálogo na Fonte  
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

L732p

Lima, Mariana Nathália Gomes de.

Prevalência e fatores associados à insegurança alimentar em adultos da Região Metropolitana do Recife / Mariana Nathália Gomes de Lima. – 2023. 109 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora : Vanessa Sá Leal.

Coorientadora : Juliana Souza Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Recife, 2023.

Inclui referências e anexos.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Fome. 3. Segurança Alimentar. I. Leal, Vanessa Sá (Orientadora). II. Oliveira, Juliana Souza (Coorientadora). III. Título.

613

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2023-122)

MARIANA NATHÁLIA GOMES DE LIMA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR EM  
ADULTOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Nutrição. Área de concentração: Nutrição em Saúde Pública.

Aprovada em: 10/02/2023.

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Profa. Dra. Catarine Santos Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira  
Universidade Federal de Pernambuco

RECIFE

2023

A todos aqueles que me fazem continuar acreditando na possibilidade de um mundo mais justo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e avó, Moisés, Paula e Marinalva, que nunca mediram esforços para investir na minha educação. Que sempre acreditaram que eu era muito mais capaz do que eu acreditava ser.

Aos amigos que nunca soltaram a minha mão e torceram por mim mesmo quando estive distante. A Kevin, meu companheiro, por toda atenção e cumplicidade ao longo desses anos. Aos colegas de mestrado, por compartilhar os momentos de ansiedade, angústia e felicidade. Apesar de não termos convivido presencialmente, formamos uma grande rede de apoio.

À minha saúde mental, que tem resistido bravamente nesses anos de formação conciliado com os demais compromissos.

À professora Vanessa Leal, que desde a graduação tem sido uma grande parceira, amiga e inspiração. Às demais professoras do núcleo de nutrição, que continuaram se fazendo presente durante a pós e só reafirmaram minha admiração: Juliana Oliveira, Nathália Souza, Catarine Silva e Emília Chagas.

Ao professor Pedro Israel, que gentilmente cedeu o banco de dados para que esse trabalho se tornasse realidade. E a todos que fizeram esse trabalho ser possível. Espero que os resultados aqui expostos não se restrinjam ao âmbito acadêmico.

“O Brasil precisa ser dirigido por uma pessoa que já passou fome. A fome também é professora. Quem passa fome aprende a pensar no próximo” (JESUS, 1960, p.42).

## RESUMO

A insegurança alimentar (IA) é definida pela dificuldade no acesso à alimentação, comumente associada a fatores demográficos, sociais e econômicos. O objetivo deste estudo é descrever a prevalência de IA na Região Metropolitana do Recife (RMR) e avaliar os fatores associados a tal condição em 2019, ano anterior à pandemia de Covid. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico realizado com indivíduos adultos residentes na RMR. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar foi o instrumento utilizado para categorizar a IA e posteriormente verificar a associação com dados relativos ao perfil socioeconômico, demográfico, de estilo de vida, nutricional e de consumo alimentar. Foram realizadas análises estatísticas descritivas, uni e multivariadas, considerando significância estatística quando  $p < 0,05$  e analisando a razão de prevalência (RP) entre as variáveis. Dentre os 446 indivíduos que compuseram a amostra, 320 (71,7%) encontravam-se em situação de IA (leve, moderada ou grave). Houve associação, na análise multivariada, e maior risco de IA entre indivíduos com nível de escolaridade  $< 3$  anos ( $p = 0,03$ ,  $RP = 1,08$ ), raça preta ou parda ( $p = 0,03$ ,  $RP = 1,07$ ), estar desempregado ( $p = 0,02$ ;  $RP = 1,12$ ), não possuir emprego formal ( $p = 0,03$ ,  $RP = 1,10$ ), ser beneficiário de programas sociais ( $p = 0,03$ ,  $RP = 1,15$ ), autoavaliação da alimentação como “regular” ( $p = 0,005$ ,  $RP = 1,07$ ) e menor consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados ( $p = 0,02$ ,  $RP = 1,11$ ). Os resultados expressam uma elevada prevalência de IA e a persistência das iniquidades sociais ao longo dos anos, acompanhando uma tendência local e nacional já relatada na literatura. Como forma de superar tais disparidades, enfatiza-se a necessidade de uma mudança a nível estrutural, considerando a intersetorialidade como base para o desenvolvimento de políticas públicas.

**Palavras-chave:** determinantes sociais da saúde; fome; segurança alimentar.

## ABSTRACT

Food insecurity (FI) is defined by the difficulty in accessing food, commonly associated with demographic, social and economic factors. The aim of this study is to describe the prevalence of AI in the Metropolitan Region of Recife (MRR) and to evaluate the factors associated with this condition in 2019, the year before the Covid pandemic. This is a cross-sectional, descriptive and analytical study conducted with adult individuals residing in the MRR. The Brazilian Food Insecurity Scale was the instrument used to categorize FI and later verify the association with data related to socioeconomic, demographic, lifestyle, nutritional and food intake profile. Descriptive, univariate and multivariate statistical analyses were performed, considering statistical significance when  $p < 0.05$  and analyzing the prevalence ratio (PR) among the variables. Among the 446 individuals who composed the sample, 320 (71.7%) were in a situation of FI (mild, moderate or severe). Among the 446 individuals who composed the sample, 320 (71.7%) were in a situation of FI (mild, moderate or severe). There was an association in the multivariate analysis and higher risk of FI among individuals with educational level  $< 3$  years ( $p = 0.03$ , PR = 1.08), black or brown race ( $p = 0.03$ , PR = 1.07), being unemployed ( $p = 0.02$ ; PR = 1.12), not having formal employment ( $p = 0.03$ , PR = 1.10), being a beneficiary of social programs ( $p = 0.03$ , PR = 1.15), self-assessment of food as "regular" ( $p = 0.005$ , PR = 1.07) and lower consumption of fresh and minimally processed foods ( $p = 0.02$ , PR = 1.11). The results express a high prevalence of FI and the persistence of social inequities over the years, following a local and national trend already reported in the literature. As a way to overcome such disparities, the need for structural change is emphasized, considering intersectoriality as a basis for the development of public policies.

**Keywords:** food security; hunger; social determinants of health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação e pontos de corte da EBIA, segundo a quantidade de respostas positivas.....	41
Gráfico 1 – Distribuição da prevalência de Segurança/Insegurança Alimentar segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da situação de IA segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.....	48
Tabela 2 – Distribuição da situação de IA segundo variáveis de estilo de vida e antropométricas em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.....	49
Tabela 3 – Distribuição da situação de IA segundo consumo alimentar em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.....	50
Tabela 4 – Razões de prevalência ajustadas da IA segundo variáveis explanatórias em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUP	Alimentos ultraprocessados
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CC	Circunferência da cintura
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CNA	Comissão Nacional de Alimentação
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
CONAN	Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição
CNSA	Conferência Nacional de Segurança Alimentar
CNSAN	Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DSS	Determinantes sociais da saúde
DHAA	Direito humano à alimentação adequada
DHANA	Direito humano à alimentação e nutrição adequada
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FAO	<i>Food and Agriculture Organization</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de massa corporal
IA	Insegurança alimentar
IAN	Insegurança alimentar e nutricional
IAG	Insegurança alimentar grave
IAL	Insegurança alimentar leve
IAM	Insegurança alimentar moderada
IC	Índice de consumo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INN	Instituto Nacional de Nutrição
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
ONU	Organização das Nações Unidas

PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PCFM	Plano de Combate à Fome e à Miséria
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSAN	Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PBF	Programa Bolsa Família
PCS	Programa Comunidade Solidária
PAT	Programa de Alimentação do Trabalhador
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PFZ	Programa Fome Zero
PNAE	Programa Nacional de Alimentação do Escolar
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
P1MC	Programa Um Milhão de Cisternas
QFA	Questionário de frequência alimentar
RCEst	Razão cintura-estatura
RMR	Região Metropolitana do Recife
RV	Revolução verde
SM	Salário mínimo
SESAN	Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional
SA	Segurança alimentar
SAN	Segurança alimentar e nutricional
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TMC	Transtornos mentais comuns
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1	Segurança Alimentar e Nutricional (SAN): Histórico, avanços e desafios.....	18
2.2	Lei orgânica de segurança alimentar e nutricional (LOSAN): principais conquistas e desdobramentos a partir de sua promulgação.....	25
2.3	Mensuração da insegurança alimentar e nutricional.....	29
2.4	Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN): Definição, prevalência e fatores determinantes e condicionantes.....	31
3	JUSTIFICATIVA.....	36
4	HIPÓTESES.....	37
5	OBJETIVOS.....	38
5.1	Objetivo geral.....	38
5.2	Objetivos específicos.....	38
6	METODOLOGIA.....	39
6.1	Desenho do estudo e casuística.....	39
6.2	População e amostragem.....	39
6.3	Instrumentos e procedimentos da coleta de dados.....	39
6.3.1	Variáveis do estudo.....	40
6.3.1.1	<i>Situação de Insegurança Alimentar e Nutricional.....</i>	40
6.3.1.2	<i>Variáveis socioeconômicas e demográficas.....</i>	41
6.3.1.3	<i>Variáveis de estilo de vida.....</i>	42
6.3.1.4	<i>Avaliação antropométrica.....</i>	42
6.3.1.5	<i>Avaliação do consumo alimentar.....</i>	43
6.4	Processamento dos dados e análise estatística.....	44
6.5	Aspectos éticos.....	45
6.6	Riscos e benefícios.....	45
7	RESULTADOS.....	47
8	DISCUSSÃO.....	53
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO A – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR.....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE REGISTRO ANTROPOMÉTRICO.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR.....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO I – CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS ALIMENTARES DE ACORDO COM O NÍVEL DE PROCESSAMENTO.....</b>	<b>109</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entende-se por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) a garantia do acesso a alimentos de qualidade em quantidade suficiente para todos os cidadãos, de forma que as demais necessidades essenciais não sejam comprometidas (BRASIL, 2006). Assegurar a efetividade e integralidade desse direito é um desafio, visto que o conceito de SAN é complexo e envolve dimensões anteriores ao consumo alimentar propriamente dito. Sendo assim, fatores que vão desde a produção e distribuição de alimentos ao acesso aos direitos sociais como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e infância e assistência social devem ser considerados (BEZERRA *et al.*, 2020; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

Por outro lado, negligenciar a relação de causa e consequência entre tais fatores na condição de segurança alimentar de uma população é dificultar a garantia não apenas da SAN, mas também do direito humano à alimentação e nutrição adequadas (DHANA) (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019), que através de um longo processo de mobilização social, foi incorporado na Constituição Federal de 1988 ao rol dos direitos sociais de todos os brasileiros por meio da Emenda Constitucional nº 64/2010 (BRASIL, 2010a).

Questões demográficas, como a localização do domicílio; e socioeconômicas, como a renda familiar e nível de escolaridade são alguns dos aspectos relacionados à diminuição e/ou restrição do consumo e acesso aos alimentos, caracterizando o estado de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019). Estudos que avaliam a relação entre IAN e esses indicadores, mostra forte associação que gera consequências no estado nutricional e mortalidade, sobretudo na infância (BEZERRA *et al.*, 2020; MORAIS *et al.*, 2014).

Levando em consideração que os direitos anteriormente citados não podem ser alcançados de forma independente por todos os indivíduos, visto que dependem da criação e execução de políticas públicas, é preciso que o Estado brasileiro reconheça seu dever para com a sociedade e garanta os direitos humanos básicos, como o acesso à educação, trabalho e saúde (BEZERRA *et al.*, 2020). Sendo assim, no sentido de assessorar e promover o controle social no âmbito da SAN, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criada em 2006, institui a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com

vistas a formular, executar e monitorar políticas de SAN em todas as suas dimensões através do diálogo entre governo e sociedade (CASTRO, 2019).

Uma postura responsável e comprometida com a pauta da alimentação adequada e saudável por parte do Governo Federal, que compreenda sua complexidade e caráter indissociável dos demais direitos sociais, é compatível com avanços nas políticas públicas com objetivo de consolidar a SAN no país (VASCONCELLOS; MOURA, 2018). Nos últimos 20 anos diversas estratégias foram criadas e fortalecidas com esse intuito, integrando as áreas da saúde, educação, agricultura e assistência social. Como exemplo, pode-se citar o Programa Bolsa Família, Programa de Aquisição de Alimentos, Programa Nacional de Alimentação Escolar, Programa Cisternas, restaurantes populares e bancos de alimentos (BEZERRA *et al.*, 2020).

Diante da adoção dessas estratégias foi possível observar a redução da Insegurança Alimentar Grave (IAG), sobretudo nos municípios das regiões Norte e Nordeste (GUBERT *et al.*, 2017) – que apresentavam as maiores prevalências do agravo. Em 2013, 77,4% da população encontrava-se em situação de segurança alimentar e menos de 5% da população estavam em IAG (IBGE, 2020), culminando na histórica saída do Brasil do Mapa da Fome em 2014 (FAO, 2014).

Contudo, o *impeachment* resultante do golpe parlamentar em 2016 e a eleição de um presidente da extrema direita em 2018 causaram uma série de retrocessos orientados por uma política de governo neoliberal, dando início a uma era de instabilidade democrática no Brasil e ameaças aos direitos sociais (BRANDT; SALLES, 2018; COHN, 2020). A gestão de Jair Bolsonaro (2019-2022) foi guiada por dilaceramento das políticas públicas, má gestão da crise sanitária durante a pandemia de Covid-19 e intensificação da insegurança alimentar nacional, resultando em mais de 33 milhões de brasileiros com insegurança grave (15,9%), ou seja, passando fome (PENSSAN, 2022).

Como uma das formas de resistência, faz-se necessário o fortalecimento das esferas de gestão e controle social estaduais e municipais com vistas a evitar os eminentes desmontes federais (VASCONCELLOS; MOURA, 2018). Para tal, gestão e comunidade precisam pautar a SAN, conhecendo as fragilidades e potencialidades do seu território e apoderar-se da questão enquanto pauta identitária e objeto de mudança social (CASTRO, 2019).

Caso contrário, a situação de IAN permanecerá como um entrave para a garantia do DHANA e conseqüentemente do direito à saúde. Nesse sentido, cumprir este compromisso requer um esforço intersetorial e governamental para examinar possíveis fatores determinantes da SAN no Brasil e construir estratégias pautadas na compreensão holística das pessoas e das estruturas sociais.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Segurança Alimentar e Nutricional: histórico, avanços e desafios

Desde a sua primeira menção até a atualidade, o conceito de SAN tem sofrido transições em seu significado. A aparição inicial do termo data do final da Primeira Guerra Mundial, no qual entendia-se a questão da segurança alimentar (ainda sem o uso do termo “nutricional”) enquanto a capacidade de um país em fornecer alimentos que garantissem a subsistência de seus cidadãos (MACHADO; SPERANDIO, 2020). Dessa forma, a temática estava fortemente associada à soberania de uma nação.

Nas décadas seguintes, o entendimento de segurança alimentar (SA) permaneceu centrado na produção alimentícia, motivado inicialmente por uma crise de escassez dos alimentos, que em seguida é “superada” pela Revolução Verde (RV), movimento caracterizado pelo incentivo à agricultura e pelo aumento nos estoques dos produtos como consequência de uma produção excessiva (MACHADO; SPERANDIO, 2020; NASCIMENTO; ANDRADE, 2010).

A RV, liderada pelo ganhador do prêmio Nobel da Paz Norman Ernest Borlaug, estimulava o uso da tecnologia na produção agrícola, bem como o uso intensivo de agrotóxicos e fertilizantes a fim do aumento da produtividade, sem qualquer compromisso com a dimensão de acesso aos alimentos por parte da população (WACHEKOWSKI *et al.*, 2021).

Tal momento foi decisivo para a percepção de que uma possível improdutividade agrícola não era o principal entrave nesse âmbito, mas o déficit econômico das populações que impossibilitava o acesso aos alimentos, sobretudo nos países em desenvolvimento (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Ainda na perspectiva histórica mundial, a década de 1990 foi marcada por um novo entendimento da SA. Através da realização da Conferência Internacional de Nutrição (1992) e da Cúpula Mundial da Alimentação (1996) foi deliberada a incorporação do termo “nutricional” na SA, considerando seus aspectos nutricionais e sanitários (IPEA, 2014) e os chefes de Estado de 159 países assumiram o compromisso de combater a fome através de um plano de ação de 20 anos, a fim de reduzir pela metade a quantidade de pessoas subalimentadas no mundo (ALENCAR, 2001; CUSTÓDIO *et al.*, 2011; MACHADO; SPERANDIO, 2020). Nesse mesmo plano, a SAN foi definida como o “acesso físico e econômico a alimentos

seguros, nutritivos e suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, a fim de levarem uma vida ativa e sã” (FAO, 1996).

Diante das pactuações dos anos anteriores e da necessidade de um debate amplo e complexo sobre alimentação e nutrição, em 1999 o Alto Comissariado de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas estabelece e define o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) da seguinte maneira:

Quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos (ONU, 1999, p. 2).

À nível nacional, à medida em que os debates sobre direito à alimentação avançavam ao redor do globo, o Brasil construía seu próprio trajeto, no sentido de assegurar comida na mesa de seus cidadãos. Nesse sentido, faz-se necessário retornar ao início do século XX, mais precisamente em 1935, e revisitar as contribuições da publicação “As Condições de Vida das Classes Operárias do Recife: estudo econômico da sua alimentação” do médico e nutrólogo pernambucano Josué de Castro que expõe a fome enquanto problema social e moral do país (LEME, 2021), inspirando a criação da política salarial no ano seguinte, com objetivo de garantir condições mínimas para a aquisição de gêneros alimentícios por parte do trabalhador (BARROS; TARTAGLIA, 2009; HAACK *et al.*, 2018).

A criação de políticas públicas voltadas à alimentação e nutrição nos próximos anos são novamente influenciadas pelos estudos de Josué de Castro. O livro “Geografia da fome: o dilema brasileiro do pão e aço” (1946) é uma nova denúncia sobre a miséria nacional, a fome e suas diversas faces, consequência da desigualdade social que acometia o país – não muito diferente da situação vivenciada atualmente. Castro destaca em sua obra que a transformação do Brasil em um país desenvolvido só pode acontecer com a melhoria das condições de alimentação da população e erradicação das iniquidades sociais (LEME, 2021).

Estratégias como a Comissão Nacional de Alimentação (CNA), Instituto Nacional de Nutrição (INN), Campanha Nacional de Merenda Escolar (atual

Programa Nacional de Alimentação do Escolar – PNAE) e o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) foram criadas ou fortalecidas pela própria figura de Castro e/ou de suas análises nas décadas posteriores às suas publicações (HAACK *et al.*, 2018; TAVARES; LEAL, 2012). Contudo, apesar da forte crítica social que o autor exprime em suas obras, tais estratégias estavam nas mãos do Estado brasileiro, que direcionava suas abordagens de forma assistencialista e com foco em aspectos biológicos, sobretudo com ações voltadas à suplementação alimentar, sem a resolução dos fatores determinantes da fome e da pobreza (BARROS; TARTAGLIA, 2009; TAVARES; LEAL, 2012).

Em 1972, na vigência da ditadura militar, é criado o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN, que dentre os seus objetivos constava a criação de uma política nacional visando o combate dos principais problemas nutricionais do país (BARROS; TARTAGLIA, 2009; HAACK *et al.*, 2018). Um das ações desse instituto foi a criação do PRONAN – Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, assim como vários subprogramas de atendimento às populações de risco são criados, alguns presentes até os dias atuais, como o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (HAACK *et al.*, 2018). Vale ressaltar que os programas eram administrados pelo próprio INAN ou contavam com o apoio de outros órgãos, como o Ministério do Trabalho e Educação (BURLANDY, 2009).

Os programas de saúde eram as principais formas de execução de políticas públicas no âmbito alimentar e nutricional (BARROS; TARTAGLIA, 2009), os quais buscavam garantir o direito à alimentação desde a década de 30. Contudo, algumas dessas iniciativas foram de curta duração e ausentes de articulação intersetorial, ignorando a multifatorialidade do processo (CUSTÓDIO *et al.*, 2011).

Somente na segunda metade da década de 80, durante o processo de redemocratização do país, que a SA entra na agenda política nacional, determinando a abordagem que molda as políticas públicas de alimentação e nutrição até os dias atuais (DO AMARAL; BASSO, 2016). Em 1985, a partir de um evento técnico ligado ao Ministério da Agricultura, propõe-se a criação de uma Política Nacional de Segurança Alimentar. Contudo, essa proposta não é implementada (DO AMARAL; BASSO, 2016; IPEA, 2014). No ano seguinte, a realização da I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) – como um dos desdobramentos da VIII Conferência Nacional de Saúde – delibera sobre a introdução da alimentação enquanto um direito de todo cidadão, propõe a criação de

um Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional e incorpora a qualidade nutricional no conceito de SA (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Os anos posteriores são marcados pela criação da nova Constituição Federal (1988), que inclui a saúde enquanto direito social em seu sexto artigo, sendo determinada por condições de trabalho, lazer, educação, acesso aos serviços de saúde e alimentação (BRASIL, 1988); e a eleição democrática do primeiro presidente pós ditadura militar. Na contramão das conquistas atingidas coletivamente, o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992) caracterizou-se por uma política neoliberal que protagonizou o desmonte das políticas públicas que vinham sendo construídas até então (BARROS; TARTAGLIA, 2009; DO AMARAL; BASSO, 2016).

Com o *impeachment* de Collor e a chegada de Itamar Franco ao poder, o campo da alimentação e combate à fome voltam ao debate, impulsionados pela participação ativa da sociedade civil no movimento de "Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida" e a realização do estudo Mapa da Fome, conduzido em 1992 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que identificou cerca de 32 milhões de pessoas passando fome no Brasil e mais de 60 milhões na linha da pobreza (BARROS; TARTAGLIA, 2009; DO AMARAL; BASSO, 2016). Diante do estado de calamidade social vivenciado pela população e identificado pelo referido estudo, é criado o Plano de Combate à Fome e à Miséria (PCFM), em 1993 (IPEA, 2014).

O PCFM visava articular os entes federativos (municipal, estadual e federal) e sociedade civil para o delineamento de estratégias emergenciais no combate à fome e à miséria, considerando as dimensões sociais, econômicas e agrárias que determinavam tal situação (BARROS; TARTAGLIA, 2009; IPEA, 2014). Nesse sentido, foi criado o CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, órgão consultivo com ligação direta à Presidência da República composto por representantes do governo e da população, este último em maioria numérica (BURLANDY, 2009; MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Em 1994, o CONSEA e outras entidades de combate à fome realizaram a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSA<sup>1</sup>), evento que reuniu mais de

---

<sup>1</sup>Considerando que a dimensão nutricional da Segurança Alimentar ainda estava em fase de debates, na edição inicial da Conferência o termo “nutricional” ainda não é referenciado na sigla (CNSA), aparecendo a partir da segunda edição (CNSAN), em 2004.

dois mil delegados de todo o país a partir de uma forte mobilização social (DO AMARAL; BASSO, 2016). A conferência evidenciou a SAN como um componente estratégico do governo, capaz de criar políticas para assegurar o acesso a alimentos de qualidade em quantidade suficiente; além de pautar a necessidade iminente da criação de uma Política Nacional de Segurança Alimentar (MACHADO; SPERANDIO, 2020).

Entretanto, diante da troca do Presidente da República em 1995, ocorre a extinção do CONSEA. Durante a primeira gestão de Fernando Henrique Cardoso tem-se o encerramento das atividades do INAN, bem como do conselho previamente instituído (MACHADO; SPERANDIO, 2020). As políticas sociais de alimentação e nutrição passam a ser vinculadas ao Programa Comunidade Solidária (PCS), criado nos primeiros dias do novo governo (BARROS; TARTAGLIA, 2009). O PCS era a principal estratégia do governo no combate à fome e à pobreza, dividindo a responsabilidade de seu enfrentamento com toda a sociedade e instituições privadas através de parcerias com empresas, sindicatos e agências internacionais de financiamento (ABRAMOV, 2016; BURLANDY, 2009; IPEA, 2014).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2014) as ações propostas pelo Comunidade Solidária não foram capazes de provocar as mudanças estruturais necessárias para a melhoria da qualidade de vida da população, dado o seu caráter de cunho emergencial. Diante da ineficiência da estratégia e não cumprimento dos objetivos do programa, o segundo mandato de Fernando Henrique foi marcado pela reorganização da agenda social e criação de programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Alimentação, Bolsa Escola e Bolsa Renda (ABRAMOV, 2016; BARROS; TARTAGLIA, 2009).

Além disso, vale ressaltar a criação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999 (atualizada em 2012) como um dos pontos positivos do governo (IPEA, 2014). A política, que evidencia a alimentação e nutrição como requisitos básicos para a garantia do direito à saúde através de articulação intra e intersetorial, traz entre seus propósitos a “a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais [...]” (BRASIL, 1999; 2012).

Diante do exposto, percebe-se que o acesso e garantia à alimentação adequada no Brasil do século XX esteve atrelado ao contexto histórico de diferentes interesses políticos e econômicos. As décadas finais foram marcadas por um novo

entendimento da garantia de direitos e papel do Estado no âmbito alimentar e nutricional, bem como a construção e fortalecimento da base teórica sobre o tema, influenciado pelas deliberações de conferências realizadas internacionalmente, mobilizações coletivas e o próprio panorama social do país.

É no contexto da virada do século e eleição de um novo presidente da república que as teorias começam a se converter em prática de maneira mais efetiva (DO AMARAL; BASSO, 2016). Além dos programas de transferências de renda criados no final do governo de Fernando Henrique, a chegada de Luís Inácio Lula da Silva à presidência em 2003 foi marcada por um discurso de posse contra a fome, miséria e exclusão social como principal objetivo do governo (BARROS; TARTAGLIA, 2009).

O primeiro mandato de Lula foi marcado pela aglutinação dos programas criados na gestão anterior e transformados no Programa Bolsa Família (PBF), tornando-se o maior programa de transferência de renda do mundo (VASCONCELOS *et al.*, 2019). Nesse sentido, o fortalecimento de tal estratégia enquanto política social resgata e dá validade ao que Josué de Castro há muito abordava em suas obras: a necessidade de ações afirmativas para reversão das adversidades alimentares (IPEA, 2014).

Em adição, cabe destacar como feitos do governo de Lula a reinstituição do CONSEA como órgão consultivo da presidência, o lançamento do Programa Fome Zero (PFZ) e Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), além do estímulo à realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (II CNSAN) (CUSTÓDIO *et al.*, 2011; VASCONCELOS *et al.*, 2019). Esta última deu origem à Lei Orgânica de SAN (LOSAN), criando um sistema unificado com objetivo de assegurar o DHAA (BRASIL, 2006).

A criação da LOSAN e o estímulo à articulação entre diversos setores criou um ambiente facilitador para o fortalecimento da SAN. Como reflexo, foi possível observar a queda da prevalência de IAN<sup>2</sup> nas unidades federativas brasileiras, sobretudo nas Regiões Norte e Nordeste (BEZERRA *et al.*, 2020).

---

<sup>2</sup> Na literatura, o termo “insegurança alimentar e nutricional” tem sido representado pelas siglas “IA”, “IAN” ou “InSAN”. Neste trabalho, optou-se por utilizar a sigla “IAN” enquanto abreviatura do termo, e “IA” em trabalhos que utilizam a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) enquanto instrumento de coleta de dados, visto que a escala apenas descreve a dimensão de acesso aos alimentos.

Durante sua segunda gestão presidencial, a inclusão do DHAA na relação dos direitos sociais através da Emenda Constitucional nº 64/2010 é um dos feitos que merecem destaque, assim como a instituição da Política Nacional de SAN e o início da atualização da PNAN em 2009 – concretizada em 2012 na gestão de sua sucessora e companheira de partido político, Dilma Rousseff (MACHADO; SPERANDIO, 2020; VASCONCELOS *et al.*, 2019). Foi no mandato de Rousseff e por consequência das políticas e programas instituídos e priorizados nos anos anteriores que o Brasil vira referência no combate à fome, conseguindo sair do Mapa da Fome da ONU em 2014 (FAO, 2014).

Contudo, os anos seguintes são marcados pela crise econômica, instabilidade democrática e fragilidade do Estado Brasileiro. O golpe judiciário e parlamentar que causou o *impeachment* da então presidente Dilma em 2016, na vigência do seu segundo mandato, abriu as portas para uma agenda neoliberal e de enfraquecimento das conquistas relacionadas à garantia de direitos sociais até então (BRANDT; SALLES, 2018; RIZZOTTO, 2016). A Emenda Constitucional nº 95/2016, também conhecida como a emenda do teto de gastos foi aprovada na recém-posse do presidente interino Michel Temer, sendo a principal estratégia de desmonte do novo governo: os investimentos na saúde e educação públicas foram congelados por 20 anos, afetando de forma direta e indireta a garantia do direito à saúde e alimentação adequada (COHN, 2020).

Em 2018, o chefe de Estado eleito foi Jair Messias Bolsonaro. Declaradamente alinhado às ideologias de direita e extrema-direita, logo em seu primeiro dia à frente do Executivo assinou a extinção do CONSEA, fragilizando ainda mais a garantia do DHANA<sup>3</sup> e a participação da sociedade na construção de políticas públicas de SAN (CASTRO, 2019).

Além disso, intensificaram-se os desmontes dos equipamentos públicos promotores de SAN através de cortes orçamentários em programas sociais como o PAA, PBF e Programa Um Milhão de Cisternas (P1MC); extinção da Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN) e desmonte dos estoques da Companhia Nacional de Abastecimento (CONAB) (ALPINO; BOCCA; BARROS,

---

<sup>3</sup> Cabe destacar a diferença entre as nomenclaturas DHAA e DHANA. O uso do primeiro termo é frequente nas publicações e documentos oficiais do governo e restringe-se ao acesso à alimentação; enquanto o segundo é uma proposta da FIAN Brasil (organização que luta pela garantia dos direitos humanos, sobretudo o DHANA) que “pretende abordar as dimensões da nutrição, da soberania alimentar, de gênero, raça e etnia como inerentes à realização desse direito” (FIAN, 2020).

2021). Cabe destacar a liberação exponencial de agrotóxicos durante esse governo, prática que contribui para o agravamento da IAN (SHINOHARA *et al.*, 2017; WACHEKOWSKI *et al.*, 2021).

Diante do contexto pandêmico, iniciado em março de 2020, a situação se agrava. A falta de assistência do Estado para com os cidadãos, atrelada à necropolítica e negacionismo por parte do mais alto cargo do poder Executivo do país levam ao retrocesso dos avanços conquistados ao longo de anos de mobilização social e instituição de políticas públicas de combate às iniquidades. Através do “II VIGISAN - Inquérito nacional sobre insegurança alimentar e nutricional no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil”, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar (Rede PENSSAN), foi verificado que mais da metade (58,7%) dos domicílios brasileiros conviviam com algum grau de IAN. No qual 15,5% da população estavam em situação de insegurança alimentar grave (IAG), ou seja, mais de 33 milhões de brasileiros e brasileiras passavam fome (PENSSAN, 2022).

A postura adotada pelo governo antes e durante a pandemia de Covid-19 agrava a situação de IAN no país. O desprezo à vida, à ciência e aos direitos sociais em contraste com a supervalorização do modelo econômico traz perceptíveis consequências a curto prazo para a população, colocando o Brasil de volta a um cenário que acreditava-se estar superado. A imoralidade dessas práticas a longo prazo ainda é desconhecida, mas caso tais retrocessos persistam, definitivamente o prognóstico não é positivo.

Contudo, em 2023 tem-se o retorno de Lula à presidência da república. Em um de seus primeiros atos, ele decreta o retorno do CONSEA através da Medida Provisória 1154/23 e novamente evidencia o combate à fome como prioridade de seu governo já em seu discurso de posse (MONCAU, 2023), reafirmando os compromissos do seu plano de governo.

## **2.2 Lei orgânica de SAN: principais conquistas e desdobramentos a partir de sua promulgação**

Como mencionado previamente, a eleição de um Presidente da República que inseriu o combate à fome como prioridade na sua agenda política fez avançar o debate em SAN em todas as suas dimensões. Com a reinstituição do CONSEA e a realização da II Conferência Nacional de SAN em 2004, a principal deliberação do

evento foi a criação de uma Lei Orgânica e um Sistema de SAN (CONSEA, 2004). Essa proposta só viria a ser concretizada dois anos depois, em setembro de 2006.

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional instituiu o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Tendo como principal objetivo a garantia do DHAA através da execução de políticas e planos de SAN, a normativa considera fatores ambientais, sociais, regionais, culturais e econômicos e atribui ao poder público em colaboração com a sociedade civil a proteção, promoção e monitoramento de tal direito (BRASIL, 2006; CUSTÓDIO *et al.*, 2011). A atuação do poder público, na figura dos entes federativos, está condicionada à importância que a pauta de SAN tem para os governos nacional, estaduais e municipais. Ou seja, para a consecução dos objetivos do sistema, a gestão precisa: compreender a importância da intersetorialidade para a sua consolidação da SAN e estar minimamente estruturada para articular essas relações (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

São componentes do SISAN: a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, responsável por avaliar o sistema e definir as prioridades para a Política e Plano Nacional de SAN; e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), que dentre as suas atribuições elabora e coordena a execução da Política e Plano supracitados (BRASIL, 2006). À época de sua criação, o CONSEA era um dos integrantes do sistema e importante estratégia de diálogo e articulação entre governo e sociedade, estando presente em todas as unidades federativas em 2014 (VASCONCELLOS; MOURA, 2018).

A existência de tais componentes permite o fortalecimento do SISAN e o monitoramento da execução dos Planos de Segurança Alimentar e Nutricional, nos três âmbitos de sua execução (nacional, estadual e municipal). Estudo realizado por Vasconcellos e Moura (2018) foi observado que em 2014 cerca de 1/3 dos municípios brasileiros possuíam conselho e 39,5% das cidades brasileiras contavam com conselho de SAN, sendo maior a frequência em municípios com mais de 500 mil habitantes. No entanto, apesar de todos os estados brasileiros apresentarem câmaras intersetoriais instaladas, pouco mais de 7% dos municípios contavam com essa iniciativa, o que enfraquece a execução do SISAN.

Para as autoras, o Governo Federal tem papel primordial na indução e expansão do SISAN, afinal, somente com agentes estaduais e municipais comprometidos com a SAN é possível enfrentar possíveis boicotes ao sistema à

nível nacional (VASCONCELLOS; MOURA, 2018). Contudo, foi evidente a falta de compromisso dos governos Temer e Bolsonaro em continuar com toda a construção histórica dos últimos anos. Diante da conjuntura de desarticulação do sistema observadas nestas gestões, é fundamental o fortalecimento da descentralização para a reivindicação do direito ao controle social e garantia de políticas, planos e programas de SAN. No plano de governo do então presidente Lula para a gestão 2023-2026, consta a retomada de tais programas (como o PAA e o PBF, extintos na gestão Bolsonaro) e o compromisso com a garantia de direitos, a geração de renda e novos postos de trabalho. No documento, consta que todos os envolvidos com o governo Lula trabalharão “até que todos os brasileiros e as brasileiras tenham novamente direito ao menos a três refeições de qualidade por dia” (ÁBRAMO, 2022).

Na LOSAN, o conceito de segurança alimentar e nutricional é apresentado como:

“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).”

Portanto, a garantia de SAN é indissociável da garantia de demais direitos sociais como saúde, moradia e educação (GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019). Dessa forma, é importante ressaltar que mensurar e monitorar a segurança alimentar das populações é uma tarefa complexa, ou seja, um único instrumento não é sensível o suficiente para sua avaliação. Para a Política Nacional de SAN (PNSAN), sete dimensões da SAN devem ser consideradas: produção de alimentos; disponibilidade de alimentos; renda e condições de vida; acesso à alimentação adequada e saudável, incluindo água; saúde, nutrição e acesso a serviços relacionados; educação; e programas e ações relacionadas à SAN (BRASIL, 2010b).

Levando em consideração tal entendimento e o contexto histórico de fortalecimento e criação de políticas públicas de SAN no início do século, cabe destacar a evolução de sua prevalência nos domicílios brasileiros. O resultado é expressivo: entre 2004 e 2013, a SA avança de 65,1% para 77,4% dos domicílios brasileiros. Em contrapartida, a insegurança alimentar leve, moderada e grave

diminui com o passar dos anos (IBGE, 2020), saindo de um patamar em que sete estados brasileiros (Acre, Ceará, Maranhão, Pará, Piauí, Rio Grande do Norte e Roraima) apresentavam prevalências de IA superiores a 54% em 2004 para apenas 2 estados (Maranhão e Piauí) com tal condição em 2013 (BEZERRA *et al.*, 2020). A priorização da SAN na agenda política através da criação de programas de transferência de renda e envolvimento de setores como agricultura, assistência social e educação foi essencial para a mudança de tais indicadores (BEZERRA *et al.*, 2020).

A partir de 2013, considerando um cenário caracterizado pela crise econômica e início da fragilidade democrática nos anos seguintes, os indicadores apresentaram um recuo. De acordo com a POF 2017-2018, a SA atingiu 63,3% dos domicílios (uma redução de 14,4%), atingindo números inferiores aos de 2004 e consequentemente culminando no aumento da IA e suas diversas formas de apresentação (IBGE, 2020). Diante da pandemia de Covid-19, a situação é ainda mais alarmante, visto que menos da metade da população (41,3%) encontra-se em situação de SAN. Dentre as macrorregiões, as regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentaram prevalências de IA leve (31,1% e 29,6%) superiores à prevalência nacional (28%) e às demais regiões do país (PENSSAN, 2022).

O que se vivencia a partir desta crise sanitária é uma sindemia, definida como a “interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações” (BISPO JÚNIOR; SANTOS, 2021). Desnutrição, obesidade e IA são agravadas diante dos desdobramentos econômicos da pandemia, que conduziu as populações mais vulneráveis a restringir o consumo quantitativo e qualitativo de gêneros alimentícios – pilares para a SAN – sendo imprescindível a adoção de estratégias governamentais para reduzir tais impactos (HUIZAR; ARENA; LADDU, 2021).

Ademais, é válido ampliar o debate para além do viés epidemiológico e estatístico. Em um estudo de revisão sistemática conduzido por Guerra, Cervato-Mancuso e Bezerra (2019), verificou-se que a grande maioria dos estudos e inquéritos nacionais pauta sua metodologia na abordagem quantitativa, ficando a literatura acadêmica carecida de reflexões acerca da compreensão e percepções dos atores civis e estatais envolvidos no âmbito da SAN. Ainda, para estudos de abordagem quantitativa, as autoras perceberam a necessidade de expansão do olhar e discussão de questões para além das dimensões da SAN, realizando sua

interface com questões econômicas, sociais e políticas, como: gênero, raça, estado global de saúde, saúde mental, cultura alimentar, condições de renda, cuidados primários de saúde e outros.

### **2.3 Mensuração da insegurança alimentar e nutricional**

A complexidade do conceito de SAN envolve aspectos que vão desde a qualidade higiênico-sanitária dos alimentos, passando pela qualidade nutricional até a soberania alimentar e sistemas alimentares (MORAIS *et al.*, 2014). De acordo com Pérez-Escamilla e Segall-Corrêa (2008), cinco métodos para avaliação da insegurança alimentar e nutricional são comumente utilizados: 1) o método da *Food and Agriculture Organization* (FAO) para estimativa da caloria *per capita* ingerida; 2) pesquisas de renda e despesas familiares; 3) consumo alimentar; 4) antropometria; e 5) escalas de insegurança alimentar. Com exceção do último método, todos os instrumentos partem de uma abordagem quantitativa da IAN.

Os autores ressaltam que nenhum dos métodos é suficiente para avaliar a IAN isoladamente, isto é, os instrumentos se complementam e devem ser adaptados à realidade do país que os aplica (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008). Contemplar todas as dimensões da SAN em único instrumento avaliativo torna-se uma difícil tarefa, por isso as abordagens devem optar por um ou mais instrumentos de mensuração e a criação de métodos intersetoriais devem ser estimulados (AZEVEDO; RIBAS, 2016).

O estudo do consumo alimentar das populações, apesar de trabalhar o quantitativo de ingestão alimentar e nutricional, permite a observação da qualidade da dieta (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005 apud MORAIS *et al.*, 2014). Os diferentes padrões alimentares permitem a compreensão das diferenças entre as macrorregiões, classe social, gênero, raça/cor e outros determinantes associados às diferentes dimensões da SAN (FERRAZ *et al.*, 2018).

Já o estado nutricional, aferido através das medidas antropométricas, pode apresentar dados contraditórios visto que seus resultados são baseados em pontos de corte generalizados e que nem sempre refletem o acesso quantitativo e qualitativo suficiente; tanto para pessoas acima ou abaixo do peso dito ideal quanto para pessoas eutróficas (MORAIS *et al.*, 2014; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

Para a avaliação da dimensão do acesso aos alimentos, as escalas de insegurança alimentar são excelentes instrumentos a serem utilizados. No Brasil, a EBIA foi adaptada e validada para a população brasileira em 2004 a partir da versão estadunidense criada pela Universidade de Cornell (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2004), sendo o único instrumento validado para avaliação do agravo (MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020). Trata-se de um questionário que permite a classificação quantitativa da IA em diferentes níveis (leve, moderada ou grave) a partir de perguntas que consideram a percepção do entrevistado sobre o problema da fome (AZEVEDO; RIBAS, 2016).

Considerado um método de baixo custo e alta validade para o diagnóstico da IA no Brasil, a atual versão do instrumento conta com perguntas que abordam questões sobre o acesso aos alimentos, que vão desde a incerteza da garantia de comida no domicílio à fome por períodos prolongados (AZEVEDO; RIBAS, 2016; SARDINHA *et al.*, 2014). Além disso, a validação da escala permite sua aplicação para populações urbanas, rurais e específicas, como quilombolas e indígenas (MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020).

Em estudos de abrangência nacional, as primeiras utilizações da EBIA ocorrem em 2004 e 2006 na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios e Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), respectivamente. Nos anos seguintes, a EBIA é novamente utilizada na PNAD 2009 e 2013 e incorporada à Pesquisa de Orçamentos Familiares (IBGE, 2020; SARDINHA *et al.*, 2014).

Como mencionado anteriormente, estudos com diferentes abordagens metodológicas e variados métodos de aferição da IA têm sido conduzidos. Contudo, em estudo de revisão sobre indicadores de IA que analisou 89 artigos brasileiros, foi constatado que a maioria dos trabalhos (83,1%, n=74) utiliza a EBIA enquanto instrumento de coleta de dados (MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020), visto que trata-se de um método sensível a detecção de associações com fatores socioeconômicos, demográficos e nutricionais.

Dessa forma, a EBIA permite a identificação da situação global e descentralizada de IA, possibilitando o embasamento para a criação de programas e estratégias direcionadas a públicos-alvo específicos e em situação de risco (SARDINHA *et al.*, 2014). Todavia, ressalta-se a importância do desenvolvimento de instrumentos metodológicos que sejam complementares à EBIA e capazes de

avaliar as demais dimensões da IA e seus determinantes (MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020).

#### **2.4 Insegurança Alimentar e Nutricional: definição, prevalência e fatores determinantes e condicionantes**

Em sentido contrário ao que se expõe na LOSAN, a IAN pode ser entendida como a ausência ou dificuldade ao acesso quantitativo e qualitativo aos alimentos, mediada sobretudo por fatores socioeconômicos (NASCIMENTO; ANDRADE, 2010). Dessa forma, tal condição reflete problemáticas relativas à desigualdade social e à necessidade de intervenção por parte do Estado através da criação, execução e manutenção de políticas públicas intersetoriais, com objetivo de garantir a universalidade do DHAA (BEZERRA *et al.*, 2020; RIGON; SCHMIDT; BÓGUS, 2016).

Compreendendo a complexidade do termo “insegurança alimentar e nutricional”, as situações de excesso de peso, fome oculta e déficit nutricional decorrentes de um consumo calórico excessivo também devem ser consideradas (MORAIS *et al.*, 2014). A alta disponibilidade de alimentos ultraprocessados (AUP) relaciona-se com o acesso quantitativo aos alimentos, contudo, não respeita a dimensão qualitativa da segurança alimentar, estando associado com sobrepeso e IA (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

O marco legal de SAN abrange a produção de conhecimento e acesso à informação. Sendo assim, recomenda-se a realização de pesquisas de base populacional a fim de conhecer e monitorar as dimensões da SAN, e orientar a criação de estratégias efetivas para a melhoria do acesso, disponibilidade e produção de alimentos, bem como o avanço da qualidade de vida (BRASIL, 2006; IBGE, 2020).

Em estudo ecológico de Bezerra *et al.* (2020) que analisou os dados da PNAD entre 2004 e 2013 em uma perspectiva espaço-tempo, verificou-se que a IA é distribuída desigualmente no país: os estados com maior prevalência de IA estavam situados nas regiões Norte (Roraima: 47,6% e Acre: 47,5%) e Nordeste (Maranhão: 64,6% e Piauí: 58,6%), com relação inversamente proporcional ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Essa porcentagem apresentou uma diminuição ao longo dos anos e embora tenha acompanhado a tendência nacional

no período estudado, os níveis permaneceram maiores do que o das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (IBGE, 2020; SANTOS *et al.*, 2018).

Dados mais atuais trazidos pela Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF (IBGE, 2020) identificaram que as regiões Norte e Nordeste ainda continuam sendo os estados com maiores prevalências de IA. Em comparação entre as regiões Norte e Sul, o número de domicílios particulares com pessoas passando fome chega a ser 5 vezes maior (10,2% contra 2,2%, respectivamente). Em relação à situação domiciliar, as famílias residentes da zona rural apresentaram maior situação de IA: 46,4% em contraste com 35,1% de domicílios da zona urbana. Em Pernambuco, cerca de 48,3% da população total foi avaliada em situação de IA (IBGE, 2020).

Embora estudos nacionais de prevalência como a PNAD e a POF que utilizam a EBIA como instrumento de aferição da IA sejam necessários para conhecimento do perfil epidemiológico do país, descentralizar e favorecer a execução das pesquisas para os estados e municípios permite uma maior sensibilidade na detecção das particularidades de cada localidade com base nos determinantes sociais da saúde (DSS), além de ampliar as possibilidades para utilização de instrumentos complementares (SILVA *et al.*, 2012).

Os DSS compreendem todos os fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, genéticos, psicológicos e comportamentais que possam atuar enquanto fatores de risco ou proteção na ocorrência de problemas de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). A identificação dos determinantes de um agravo e como estes relacionam-se entre si é fundamental para entender a complexidade dos processos que envolvem a alimentação e nutrição humana em todas as suas dimensões (BEZERRA *et al.*, 2020; LIGNANI *et al.*, 2020).

A nível regional, o estudo de Santos *et al.* (2018), com os dados de IA das regiões Norte e Nordeste coletados pela PNAD (2004, 2009 e 2013) apresentou associação estatisticamente significativa com o gênero feminino (quando a mulher é chefe da família), saneamento básico inadequado, raça/cor preta/parda, baixa escolaridade e desemprego. Trabalhar com políticas e programas de SAN que não priorizem tais grupos é não respeitar o princípio de equidade.

Estudos de revisão que consideraram fatores associados à IA através da aplicação da EBIA revelaram com unanimidade que condições socioeconômicas como renda, escolaridade, ocupação e saneamento básico apresentam-se enquanto fatores determinantes da SAN/IAN (LIGNANI *et al.*, 2020; MORAIS *et al.*, 2014;

MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020). As autoras dos estudos destacam que a relação entre os indicadores sociais é sempre inversamente proporcional à IA. Além disso, os fatores são mediados entre si, ou seja, questões como gênero, raça/cor e escolaridade determinam a situação laboral consequentemente influenciando a renda *per capita* familiar, contribuindo para o quadro de insegurança alimentar e nutricional (LIGNANI *et al.*, 2020).

Na região Nordeste, Bezerra *et al.* (2020) identificaram correlação positiva entre IA e percentual de pessoas extremamente pobres. Em 2010, a IA no estado de Pernambuco esteve associada ao índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mortalidade infantil, tratamento e abastecimento da água, além de questões de gênero, visto que domicílios chefiados por mulheres estavam mais suscetíveis ao agravo (BEZERRA *et al.*, 2020; PINTO, 2012).

As desigualdades de raça e gênero evidenciadas nos diversos estudos epidemiológicos citados revelam a necessidade de maior cuidado com tais populações, visto que são historicamente negligenciadas. É importante compreender a relação da sociedade com tais grupos e como essa relação pode ser mais prejudicial do que os fatores biológicos isoladamente (DA SILVA; ZACARON; BEZERRA, 2019).

Diferentes instrumentos de coletas de dados são capazes de analisar as variáveis nutricionais associadas à IAN e suas dimensões. Em estudo de revisão que contemplou artigos nacionais que avaliaram o estado nutricional e sua relação com a insegurança alimentar e nutricional em suas análises, verificou-se que a dificuldade ou ausência no acesso aos alimentos de qualidade estão relacionadas tanto ao baixo peso para idade e estatura em crianças, quanto à maior prevalência de obesidade em mulheres (MORAIS *et al.*, 2014). Ainda, um dos resultados não mostrou relação entre estado nutricional e IAN, o que corrobora para a necessidade de pesquisas e análises descentralizadas de grupos e populações.

Quanto ao consumo alimentar, nota-se na literatura uma predominância de investigações focadas no público-alvo infantil e adolescente e seu círculo familiar. Ainda no estudo de Morais *et al.* (2014), foi observado que famílias com pelo menos um membro com menos de 18 anos em situação de IA (leve, moderada ou grave) apresentaram inadequação no consumo, sobretudo de proteínas. A ingestão excessiva de energia em contraste com a deficiência de micronutrientes, frutas e

verduras nos estudos revela um alto consumo de alimentos ultraprocessados por famílias com algum grau de IAN.

É preciso considerar que os fatores socioeconômicos como escolaridade, renda, gênero, área de moradia e raça/cor também são determinantes do consumo de determinados tipos de alimentos, que por sua vez determinam ou não o estado de IA (CANUTO; FANTON; LIRA, 2019). Questionar-se não apenas 'qual' a diferença entre os diferentes grupos, mas 'por que' há essa diferença é essencial para qualificar a assistência e garantir a equidade na SAN dos cidadãos.

Os fatores comportamentais relacionados ao estilo de vida não são amplamente abordados na literatura em associação com a IAN. Contudo, em estudo de base populacional realizado no Rio Grande do Sul verificou-se associação positiva entre tabagismo atual e o referido agravo (DIAS *et al.*, 2020), com RP de fumantes equivalente a 1,28 em relação aos indivíduos não fumantes. Em análise dos dados da PNAD sobre estilo de vida e classe social, observou-se maior frequência de hábitos inadequados (tabagismo e consumo abusivo de álcool) em populações de baixa renda, determinante frequentemente associado à IAN (DE SOUZA, 2019).

A fome também é um tipo de sofrimento. Sendo assim, é importante considerar a relação de influência mútua entre IA e a ocorrência de distúrbios psicológicos. Estudos realizados em domicílios da América do Norte e Europa já relatavam, em 2009 e 2012, a associação entre acesso insuficiente aos alimentos a desordens mentais em adolescentes e maior frequência de IAN em crianças com mães com diagnóstico prévio de depressão, psicoses e outros problemas de saúde mental (MCLAUGHLIN *et al.*, 2012; MELCHIOR *et al.*, 2009).

No município de João Pessoa – PB, a IA familiar esteve associada com a ocorrência de transtornos mentais comuns (TMC) em mães de crianças menores de um ano de idade. Observou-se que quanto maior o grau de IAN, maior o risco de resultado positivo para TMC (SOUSA *et al.*, 2019). Em adultos e idosos do município de Natal – RN, foi encontrada uma maior probabilidade de ocorrência de distúrbios emocionais naqueles com insegurança alimentar leve (PEQUENO, 2020). Paralelamente, cabe destacar que a situação socioeconômica é fator de risco para ocorrência de transtornos relacionados à saúde mental (assim como para a IAN), como observado em estudo com beneficiários do PBF, no qual foi verificado

associação entre estresse, depressão e qualidade de vida (DO PRADO; CALAIS; CARDOSO, 2017).

Diante do exposto, para superar a prevalência de IAN que volta a crescer exponencialmente nos últimos anos, é preciso promover mudanças estruturais na sociedade e nos sistemas alimentares, transcendendo o modelo biológico para contemplar o DHANA e todos os fatores estruturais que o envolvem, promovendo a garantia dos demais direitos básicos (AZEVEDO; RIBAS, 2016; GUERRA; CERVATO-MANCUSO; BEZERRA, 2019).

### **3 JUSTIFICATIVA**

Considerando um contexto de instabilidade política e econômica intensificado a partir do golpe parlamentar de 2016, que conduziram desmontes nas políticas públicas de saúde nos anos seguintes, faz-se necessário compreender a situação da população pernambucana no âmbito da segurança alimentar e quais os fatores de risco do referido agravo. Levando em consideração as limitações de alguns estudos sobre insegurança alimentar, que não contemplam todas as dimensões da insegurança alimentar e seus fatores associados, além da escassez de trabalhos com foco na Região Metropolitana do Recife (RMR), o presente estudo justifica-se pela necessidade de responder à algumas perguntas não elucidadas na literatura científica, como a prevalência e os principais fatores condicionantes da insegurança alimentar na localidade nos últimos anos, a fim de orientar a elaboração de estratégias pautadas na intersetorialidade e integralidade das pessoas.

#### **4 HIPÓTESES**

- A prevalência de insegurança alimentar na Região Metropolitana do Recife tem aumentado de forma alarmante em relação aos anos anteriores, ainda que em um período anterior à pandemia de Covid-19;
- A insegurança alimentar apresenta associação com os fatores condicionantes e determinantes da saúde, sobretudo os de ordem social, como escolaridade, renda e raça/cor.

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo geral**

Estimar a prevalência e os fatores associados à insegurança alimentar em adultos residentes na Região Metropolitana do Recife, no ano de 2019.

### **5.2 Objetivos específicos**

- Identificar a situação de segurança e insegurança alimentar de adultos residentes na Região Metropolitana do Recife em 2019;
- Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, de estilo de vida, nutricional e de consumo alimentar da referida população;
- Verificar a associação entre a condição de insegurança alimentar e as variáveis socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida, antropométricas e de consumo alimentar.

## **6 METODOLOGIA**

### **6.1 Desenho do estudo e casuística**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e analítico realizado a partir da base de dados do II Inquérito Estadual Sobre Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, proveniente da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), conduzida em 2019. Como critérios de inclusão, foram considerados os dados relativos aos indivíduos com idade entre 20 e 59 anos, de ambos os sexos, residentes na Região Metropolitana do Recife. Foram excluídos do banco os questionários da EBIA respondidos de forma incompleta.

### **6.2 População e amostragem**

O estado de Pernambuco está localizado na região Nordeste do Brasil. É dividido em 12 regiões de desenvolvimento, dentre elas a RMR, que abriga quinze municípios totalizando pouco mais de 4 milhões de habitantes, estando 42% deles localizados na capital pernambucana, Recife, que figura entre as dez cidades com maior número de habitantes do país (DINIZ *et al.*, 2021). Concentrando 97% dos seus moradores em área urbana e marcada por visíveis disparidades sociais, sobretudo em questões habitacionais, a RMR figura como a quarta metrópole mais desigual do país (SALATA; RIBEIRO, 2022).

Para este estudo, foram coletados os dados de cinco municípios da RMR, sendo eles: Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Recife. O cálculo amostral foi realizado *a posteriori* com o auxílio do programa EpiInfo, versão 6.04. Para tal, foi considerada a prevalência de 48,3% de domicílios em situação de IA no estado de Pernambuco, de acordo com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE, 2020), nível de confiança de 95%, margem de erro de 5,7% e correção por efeito de desenho de 1,5. Dessa forma, a amostra mínima representativa da RMR para a execução desse estudo seria de 443 indivíduos. Maiores informações sobre o processo amostral estão documentadas nos estudos de De Menezes *et al.* (2022) e Oliveira *et al.* (2022).

### **6.3 Instrumentos e procedimentos da coleta de dados**

Considerando que o presente estudo se refere a uma pesquisa em base de dados de um projeto anteriormente executado e finalizado, os procedimentos

descritos a seguir são relativos às coletas realizadas pelos pesquisadores envolvidos no estudo original. Tais informações foram incluídas para garantir o rigor metodológico e a reprodutibilidade deste estudo. Os questionários utilizados para coleta dos dados encontram-se nos anexos (A, B, C, D, E, F e G).

### 6.3.1 Variáveis do estudo

A variável dependente foi a condição de insegurança alimentar, mensurada de acordo com a EBIA (SARDINHA *et al.*, 2014). As variáveis independentes incluíram os dados socioeconômicos, demográficos, de estilo de vida, nutricionais e de consumo alimentar.

#### 6.3.1.1 Situação de Insegurança Alimentar

Foi utilizada a EBIA (Anexo G), instrumento de fácil aplicação e baixo custo capaz de avaliar a dimensão alimentar no aspecto do acesso domiciliar aos insumos, através de questionamentos objetivos (sim ou não) sobre acesso e disponibilidade dos alimentos em relação aos últimos 90 dias (SARDINHA *et al.*, 2014).

O questionário permite a classificação da IA em três níveis: leve, moderada ou grave. Para tal, é importante considerar a presença ou ausência de moradores com idade inferior a 18 anos no domicílio, visto que o número de perguntas varia de acordo com essa condição. Quando todos os moradores da residência já haviam atingido a maioria, 8 perguntas foram respondidas. Em caso contrário, a EBIA foi respondida integralmente (14 perguntas). Em ambas as circunstâncias, apenas uma resposta positiva já é indicativa de domicílio em condição de insegurança alimentar. A quantidade de respostas “sim” é proporcional à gravidade da IA, ou seja, quanto mais respostas positivas mais grave é a situação de insegurança alimentar do domicílio em questão (Quadro 1). Para fins analíticos, foram estabelecidas duas categorias: 1) segurança alimentar; e 2) insegurança alimentar, esta última sendo a junção de todas as categorias da IA (leve, moderada e grave).

**Quadro 1.** Classificação e pontos de corte da EBIA, segundo a quantidade de respostas positivas.

Classificação	Número de respostas positivas	
	Domicílios com menores de 18 anos	Domicílios sem menores de 18 anos
<b>Segurança alimentar (SA)</b>	0	0
<b>Insegurança alimentar leve (IAL)</b>	1-5	1-3
<b>Insegurança alimentar moderada (IAM)</b>	6-9	4-5
<b>Insegurança alimentar grave (IAG)</b>	10-14	6-8

Fonte: Adaptado de Sardinha *et al.* (2014)

### 6.3.1.2 Variáveis socioeconômicas e demográficas

Para a construção do perfil socioeconômico e demográfico, as seguintes variáveis foram consideradas: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação e renda familiar. O sexo foi categorizado em masculino e feminino; a idade em duas categorias: 20 a 39 anos e 40 a 59 anos; já a cor da pele foi distribuída em branca; pretos e pardos; e amarelos e indígenas. O nível de escolaridade foi categorizado de acordo com os anos de estudo: 0 a 3 anos (para aqueles que nunca frequentaram a escola ou cursaram até o ensino fundamental 1 incompleto); 4 a 10 anos (para aqueles com ensino fundamental 1 completo até o ensino médio incompleto); e 11 anos ou mais (para aqueles com ensino médio completo ou ensino superior completo ou incompleto).

O grau de ocupação foi categorizado em: possui emprego formal (estudante que trabalha ou empregado com ou sem carteira assinada); não possui emprego formal (autônomo, biscateiro, ambulante ou esporádico); não trabalha (desempregado ou estudante que não trabalha); e beneficiário de algum programa social (aposentado, pensionista ou beneficiário de programas sociais do governo) (Anexo B). A renda familiar foi catalogada considerando o salário-mínimo (SM) vigente em 2019 (Anexo C), cujo valor era R\$998. Dessa forma, a classificação foi estabelecida em: "até 1/2 SM (<R\$ 449)"; "de 1/2 a 1 SM (R\$ 449,01 a R\$ 998)"; ">1 a 2 SM (R\$ 998,01 a R\$ 1996)" e "acima de 2 SM (>R\$ 1996,01)".

Para composição desse perfil, também foram coletadas as seguintes variáveis: número de pessoas no domicílio (1 a 4 pessoas; 5 ou mais pessoas); destino dos dejetos (rede geral de esgoto ou outros: fossa com tampa ou rudimentar, cursos d'água e outros); destino do lixo (coletado ou não coletado: queimado, enterrado, caçamba, terreno baldio e outros); abastecimento de água (com canalização

interna; com canalização até o quintal ou sem canalização) e tratamento da água, categorizada em tratada (inclui as variáveis fervida, filtrada, coada e mineral) e sem tratamento (Anexo C).

#### 6.3.1.3 Variáveis de estilo de vida

Para classificação e análise das variáveis que compuseram o perfil de estilo de vida, foram coletadas informações relativas ao consumo de álcool, tabagismo e nível de atividade física (Anexo D). O etilismo foi avaliado de acordo com a ingestão de bebidas alcoólicas nos 30 dias anteriores à coleta dos dados, sendo consideradas as respostas “sim” ou “não”. A variável tabagismo foi classificada em: fumante (indivíduo que relatou o hábito de fumar), ex-fumante (indivíduo que relatou o hábito em algum momento da vida, mas não o faz mais) e não fumante (indivíduo que relatou nunca ter fumado).

Quanto à atividade física, foi utilizada a versão curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), traduzido e validado para a população brasileira (MATSUDO *et al.*, 2001). O instrumento aborda as quatro dimensões da atividade física (deslocamento, lazer, atividades domésticas e atividades laborais) e classifica como indivíduos sedentários ou insuficientemente ativos aqueles que realizam menos de 150 minutos de atividade física por semana e aqueles com tempo de atividade física superior a 150 minutos por semana são categorizados como “ativos” ou “muito ativos”.

#### 6.3.1.4 Avaliação antropométrica

Foram aferidas as seguintes medidas antropométricas: peso (Kg), altura (cm), e circunferência (cm) da cintura (CC) (Anexo F). Para a aferição do peso, foi utilizada uma balança digital (Modelo TANITA – BF-683 w / UM028 3601), com capacidade de 150 kg e escala de 100 gramas. Os indivíduos foram pesados descalços e com roupas leves. A altura foi mensurada com um estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda) com graduação de 1mm em toda a sua extensão. Cada voluntário foi posicionado no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos, braços estendidos ao lado do corpo, descalço, com a cabeça erguida e livre de adereços (BRASIL, 2011). A altura foi aferida em duplicata e em caso de diferença  $\geq 0,5$ cm entre as medidas, uma terceira aferição foi realizada e considerada a média das medidas mais próximas.

Tais medidas possibilitaram o cálculo e categorização do Índice de Massa Corporal (IMC), no qual foram considerados os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995). A classificação estabelecida pela instituição define a distribuição do IMC no público adulto da seguinte maneira: índices  $<18,5\text{Kg/m}^2$  indicam baixo peso; entre 18,5 e  $24,9\text{Kg/m}^2$  representam eutrofia;  $>25\text{Kg/m}^2$  apontam sobrepeso; e por fim, a obesidade é definida quando o IMC está acima de  $30\text{Kg/m}^2$ . Para a análise estatística, as categorias foram agrupadas e classificadas da seguinte forma: sem excesso de peso (IMC  $\leq 24,9\text{Kg/m}^2$ ) e com excesso de peso (IMC  $\geq 25\text{Kg/m}^2$ ).

A aferição da circunferência da cintura (CC) foi realizada utilizando uma fita métrica inelástica (marca Seca) com extensão de 2m e graduação de 1mm em toda a sua extensão. Para a medição, a fita foi posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (BRASIL, 2011). A medida foi coletada em duplicata e seguiu-se protocolo semelhante à aferição da altura em caso de diferença  $\geq 0,5\text{cm}$  entre as medidas. O valor bruto da CC possibilitou a categorização do risco cardiovascular em indivíduos, respeitando os pontos de corte que consideram elevado risco quando  $\geq 80\text{cm}$  em mulheres e  $\geq 94\text{cm}$  em homens (WHO, 2000).

Ademais, as medidas supracitadas permitiram o cálculo da Razão Cintura-Estatura (RCEst), utilizada para indicar adiposidade central e obtida através da divisão da circunferência da cintura (cm) pela altura (cm). Seus pontos de corte são estabelecidos em  $<0,52$  para homens e  $<0,53$  para mulheres, quando em normalidade. Considera-se risco cardiovascular aumentado quando os valores estão superiores a 0,52 e 0,53, respectivamente (RODRIGUES; BALDO; MILL, 2010).

#### *6.3.1.5 Avaliação do consumo alimentar*

Para investigar os hábitos relacionados ao consumo alimentar da população estudada, foi utilizado o questionário de frequência alimentar (QFA) para o estudo de dieta e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (FURLAN-VIEBIG; PASTOR-VALERO, 2004), adaptado para o contexto da população estudada (Anexo E). Nele, o entrevistado pôde indicar a frequência (diariamente, semanalmente, mensalmente ou anualmente) de consumo de 122 itens alimentares pertencentes aos seguintes grupos: cereais e derivados; raízes e tubérculos; leguminosas; produtos lácteos; carnes, pescados e ovos; verduras e legumes; frutas; gorduras; açúcares/guloseimas; miscelâneas; e bebidas.

Em seguida, a frequência referida foi transformada em índice de consumo (IC), calculada a partir da seguinte equação:  $IC = \text{número de vezes em que o alimento foi consumido} / \text{frequência de consumo}^4$ . Foi atribuído um índice para cada alimento consumido pelo participante.

Os itens foram agrupados, de acordo com o índice de consumo, em seis categorias: nunca; menor ou igual a 1 vez ao mês; 1 vez por semana; 2 a 4 vezes por semana; 5 a 7 vezes por semana e 2 ou mais vezes ao dia. Os itens foram separados em três grupos de acordo com o nível de processamento: alimentos *in natura* e minimamente processados; alimentos processados e alimentos ultraprocessados (Anexo I) (LOUZADA *et al.*, 2015). Para a análise estatística, o consumo dos grupos alimentares foi convertido em quartis (Q1, Q2, Q3 e Q4), sendo o Q1 equivalente ao menor consumo do determinado grupo alimentar e o Q4 referente ao maior consumo dos alimentos pertencentes à categoria.

Aos indivíduos também foi questionado sobre a qualidade da alimentação familiar. Através da indagação “em relação à qualidade da alimentação da sua família, o Sr.(a) diria que é:”, o respondente pôde escolher uma dentre as cinco opções possíveis: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim. Para fins analíticos, as variáveis foram agrupadas em 3 categorias: 1) muito boa/boa; 2) regular; 3) ruim/muito ruim.

#### **6.4 Processamento dos dados e análise estatística**

Os dados obtidos foram tabulados em dupla entrada no software Epi-Info, versão 3.5.4, sendo em seguida aplicado o módulo *Validate* para checar a consistência da digitação e correção de possíveis erros. A prevalência de IA foi descrita em frequência absoluta e relativa. As análises foram realizadas utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 13.0. As variáveis quantitativas tiveram normalidade testadas através do teste de Kolmogorov-Smirnov. As associações entre as variáveis explanatórias e a variável dependente foram testadas por meio dos testes do Qui-quadrado de Pearson, Qui-quadrado para Tendência ou Exato de Fisher.

---

<sup>4</sup> A frequência de consumo utilizada no cálculo corresponde a: diariamente (1), semanalmente (7), mensalmente (30) ou anualmente (365). Por exemplo: se o indivíduo consome arroz quatro vezes por semana, o cálculo do índice de frequência de consumo é feito da seguinte maneira:  $IC = 4/7 = 0,57$ .

Posteriormente, as associações com  $p$ -valor  $<0,20$  foram incluídas na análise multivariada por meio da Regressão de Poisson com Ajuste Robusto da Variância, através do programa Stata, versão 14. Na análise univariada, os resultados foram descritos em percentuais; enquanto na análise multivariada os resultados foram expressos por meio das razões de prevalência (RP). Foi considerado intervalo de confiança de 95% e significância estatística quando  $p < 0,05$  em ambas as análises.

### **6.5 Aspectos éticos**

O II Inquérito Estadual sobre Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis, projeto do qual este estudo é derivado, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e aprovado sob o Certificado de apresentação para apreciação ética (CAAE) de nº07803512.9.0000.5208 estando de acordo com o disposto na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os voluntários foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios envolvidos, além da garantia da confidencialidade dos dados. A coleta de dados somente foi realizada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo também foi submetido e aprovado ao mesmo CEP, sob o CAAE de nº50356021.0.0000.5208 (Anexo H).

### **6.6 Riscos e benefícios**

Por se tratar de um estudo com uso de dados secundários, os riscos desta pesquisa estiveram relacionados à confidencialidade das informações obtidas. Para evitar que os dados fossem acessados por terceiros ou que houvesse o vazamento das informações, os pesquisadores responsáveis se comprometeram em não compartilhar o banco de dados e tomar as medidas de segurança necessárias para conter possíveis invasões ao banco. Ademais, foram tomadas as devidas precauções para evitar que os dados coletados fossem perdidos ou apagados acidentalmente em algum momento dessa pesquisa, sendo uma ou mais cópias armazenadas em dispositivos móveis e/ou na nuvem digital, devidamente protegidas.

Quanto aos benefícios, espera-se que a construção dessa pesquisa e os resultados aqui apresentados possibilitem um olhar sobre a situação da IA nos

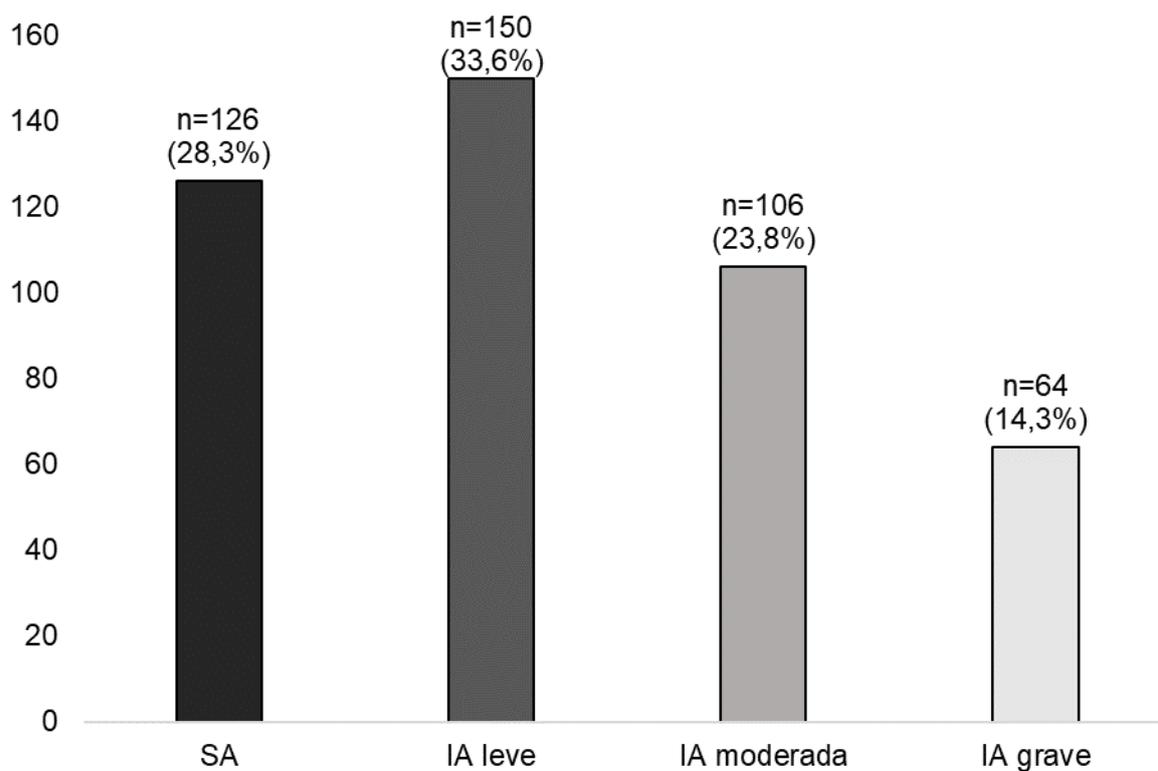
municípios pernambucanos mencionados, podendo subsidiar estratégias de promoção da saúde não somente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), mas relacionado a todos os fatores investigados por esse estudo, seja no âmbito estadual ou municipal.

## 7 RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 446 indivíduos, sendo 67,0% do sexo feminino. Em relação à raça/cor, 72,4% (n= 323) autodeclararam ser pretos ou pardos enquanto 24,2% (n= 108) eram brancos. Quanto à escolaridade 43,3% (n= 193) dos entrevistados afirmaram ter pelo menos o ensino médio completo. 63 indivíduos (14,1%) possuíam emprego formal e, quanto à renda, 82,6% (n=338) do total de indivíduos recebiam até 1 salário mínimo.

Em relação às situações de segurança e insegurança alimentar, apenas 28,3% dos indivíduos (n= 126) adequaram-se aos critérios de SA estabelecidos pela EBIA, enquanto 71,7% (n= 320) encontravam-se em situação de insegurança alimentar (leve: 33,6%, moderada: 23,8%, grave: 14,3%), conforme apresentado no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Distribuição da prevalência de segurança e insegurança alimentar em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.



**Fonte:** autoria própria (2022).

Para as análises uni e multivariada apresentadas a seguir, foram considerados apenas os indivíduos com algum grau de IA (n= 320), ainda que em algumas variáveis os dados não sejam de toda a amostra (indicadas no rodapé de cada tabela). A Tabela 1 descreve o resultado das associações entre a variável dependente e as variáveis demográficas e socioeconômicas, no qual foi possível observar diferença estatisticamente significativa com anos de estudo (p= 0,002), tratamento da água (p= 0,02), ocupação (p= 0,002) e renda familiar mensal (p= 0,001).

**Tabela 1.** Distribuição da situação de segurança e insegurança alimentar segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.

Variáveis	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p valor
	n=126	%	n=320	%	
<b>Sexo</b>					0,32 <sup>‡</sup>
Masculino	46	31,3	101	68,7	
Feminino	80	26,8	219	73,2	
<b>Idade (anos)</b>					0,92 <sup>‡</sup>
20 a 39	57	28,5	143	71,5	
40 a 59	69	28,0	177	72,0	
<b>Raça/cor</b>					0,10 <sup>‡</sup>
Branca	39	36,1	69	63,9	
Pretos e pardos	84	26,0	239	74,0	
Amarelos e indígenas	3	20,0	12	80,0	
<b>Anos de estudo<sup>B</sup></b>					0,002 <sup>§</sup>
11 anos ou mais	67	34,7	126	65,3	
4 a 10 anos	53	26,0	151	74,0	
0 a 3 anos	6	13,0	40	87,0	
<b>Número de pessoas no domicílio<sup>A</sup></b>					0,81 <sup>‡</sup>
1-4	94	28,6	237	71,4	
≥5	31	27,4	82	72,6	
<b>Destino dos dejetos<sup>A</sup></b>					0,08 <sup>‡</sup>
Rede geral de esgoto	78	31,7	168	68,3	
Outros	48	24,1	151	75,9	
<b>Destino do lixo<sup>A</sup></b>					0,32 <sup>‡</sup>
Coletado	125	28,6	312	71,4	
Não coletado	1	12,5	7	87,5	

<b>Abastecimento de água<sup>A</sup></b>					0,82 <sup>‡</sup>
Com canalização interna	105	28,4	265	71,6	
Com canalização até o quintal	18	26,9	49	73,1	
Sem canalização	3	37,5	5	62,5	
<b>Tratamento da água<sup>A</sup></b>					0,02 <sup>‡</sup>
Tratada	113	30,3	260	69,7	
Não-tratada	13	18,1	59	81,9	
<b>Ocupação</b>					0,002 <sup>‡</sup>
Possui emprego formal	30	47,6	33	52,4	
Não possui emprego formal	38	27,5	100	72,5	
Não trabalha	55	24,6	169	75,4	
Beneficiário de algum programa social	3	14,3	18	85,7	
<b>Renda familiar mensal (em salários mínimos)<sup>C</sup></b>					0,001 <sup>§</sup>
Até ½ SM	64	24,1	192	75,9	
De ½ a 1 SM	24	28,2	61	71,8	
>1 a 2 SM	21	38,9	33	61,1	
Acima de 2 SM	10	58,8	7	41,2	

Quanto aos fatores relacionados ao estilo de vida, o consumo de cigarro foi a única variável que se relacionou de maneira significativa com a IA ( $p=0,006$ ). Dentre as variáveis antropométricas, o excesso de peso e a razão cintura-estatura apresentaram relevância na análise univariada ( $p=0,03$  e  $p=0,04$ , respectivamente). Tais dados podem ser visualizados na Tabela 2 a seguir.

**Tabela 2.** Distribuição da situação de segurança e insegurança alimentar segundo variáveis de estilo de vida e antropométricas em adultos da Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, 2019.

Variáveis	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p valor
	n=126	%	n=320	%	
<b>Consumo de álcool no último mês<sup>A</sup></b>					0,51 <sup>‡</sup>
Consumiu álcool no último mês	37	30,8	83	69,2	
Não consumiu álcool no último mês	82	27,6	215	72,4	
<b>Tabagismo<sup>B</sup></b>					0,006 <sup>‡</sup>
Fumante	3	7,3	38	92,7	
Não fumante	101	31,3	222	68,7	
Ex-fumante	22	27,2	59	72,8	

<b>Nível de atividade física<sup>C</sup></b>					0,6 <sup>‡</sup>
Sedentário/insuficientemente ativo <sup>1</sup>	53	24,5	163	75,5	
Ativo/muito ativo <sup>2</sup>	25	27,5	66	72,5	
<b>Excesso de peso<sup>D</sup></b>					0,03 <sup>‡</sup>
Não <sup>3</sup>	40	34,2	77	65,8	
Sim <sup>4</sup>	68	23,9	217	76,1	
<b>Circunferência da cintura<sup>E</sup></b>					0,53 <sup>‡</sup>
Baixo risco	33	29,5	79	70,5	
Risco elevado	75	26,3	210	73,7	
<b>Razão cintura-estatura<sup>E</sup></b>					0,04 <sup>‡</sup>
Baixo risco	34	35,4	62	64,6	
Risco elevado	74	24,6	227	75,4	

Em relação ao consumo alimentar, houve significância estatística entre a variável dependente e a autoavaliação da qualidade da alimentação ( $p=0,001$ ), bem como o menor consumo de alimentos in natura/minimamente processados ( $p=0,004$ ) e alimentos processados ( $p=0,02$ ) (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição da situação de segurança e insegurança alimentar segundo consumo alimentar em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.

Variáveis	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p valor
	n=126	%	n=320	%	
<b>Autoavaliação da qualidade da alimentação<sup>A</sup></b>					0,001 <sup>§</sup>
Boa ou muito boa	85	35,3	152	64,7	
Regular	40	20,8	152	79,2	
Ruim ou muito ruim/não sabe/não respondeu	3	16,7	15	83,3	
<b>Consumo alimentar por nível de processamento dos alimentos</b>					
In natura e minimamente processados <sup>B</sup>					0,004 <sup>§</sup>
Q4	41	40,6	60	59,4	
Q3	26	25,5	76	74,5	
Q2	22	21,8	79	78,2	
Q1	23	22,8	78	77,2	
Processados <sup>C</sup>					0,02 <sup>§</sup>
Q4	39	34,5	74	65,5	
Q3	28	28,0	72	72,0	

Q2	31	27,7	81	72,3	
Q1	19	19,2	80	80,8	
Ultraprocessados <sup>D</sup>					0,73 <sup>§</sup>
Q4	29	27,6	76	72,4	
Q3	27	25,7	78	74,3	
Q2	31	29,5	74	70,5	
Q1	30	28,6	75	71,4	

Para a análise ajustada, foram mantidas as seguintes associações da IA com escolaridade, no qual o nível de formação se mostrou inversamente proporcional à razão de prevalência de IA ( $p=0,03$ ; IC<sub>95%</sub> 1,01 – 1,16); raça/cor, com maior efeito na população autorreferida preta ou parda ( $p=0,03$ , IC<sub>95%</sub> 1,01 – 1,14); ocupação, sendo aqueles que não trabalham ( $p=0,02$ , IC<sub>95%</sub> 1,02 – 1,22) ou recebem algum benefício social ( $p=0,03$ , IC<sub>95%</sub> 1,02 – 1,31) os mais suscetíveis à IA; autoavaliação da qualidade da alimentação, no qual aqueles que consideram sua própria alimentação enquanto ‘regular’ com maior risco de IA ( $p=0,005$ , IC<sub>95%</sub> 1,02 – 1,13); e menor consumo de alimentos in natura/minimamente processados, conforme exposto na Tabela 4.

**Tabela 4.** Razões de prevalência bruta e ajustada da IA segundo variáveis explanatórias em adultos da Região Metropolitana do Recife. Pernambuco, 2019.

Variáveis	Insegurança Alimentar (leve, moderada e grave)					
	Análise bruta			Análise ajustada		
	RP	IC <sub>95%</sub>	p valor <sup>§</sup>	RP	IC <sub>95%</sub>	p valor <sup>§</sup>
<b>Anos de estudo</b>			0,001			0,000
11 anos ou mais <sup>1</sup>	1,0			1,0		
4 a 10 anos <sup>2</sup>	1,05	0,99–1,11	0,06	1,02	0,97–1,08	0,41
0 a 3 anos <sup>3</sup>	1,13	1,06–1,21	0,00	1,08	1,01–1,16	0,03
<b>Raça/cor</b>			0,12			0,000
Branca	1,0			1,0		
Pretos e pardos	1,06	0,99–1,13	0,06	1,07	1,01–1,14	0,03
Amarelos e indígenas	1,10	0,97–1,25	0,14	1,07	0,94–1,21	0,27
<b>Ocupação</b>			0,004			0,000
Possui emprego formal	1,0			1,0		
Não possui emprego formal	1,13	1,03–1,24	0,008	1,10	1,00–1,20	0,05
Não trabalha	1,15	1,06–1,26	0,002	1,12	1,02–1,22	0,02

Beneficiário de algum programa social	1,22	1,09–1,37	0,001	1,15	1,02–1,31	0,03
<b>Autoavaliação da qualidade da alimentação</b>			0,001			0,000
Boa ou muito boa	1,0			1,0		
Regular	1,09	1,04–1,14	0,001	1,07	1,02–1,13	0,005
Ruim ou muito ruim/não sabe/não respondeu	1,11	1,01–1,23	0,04	1,09	0,98–1,22	0,12
<b>Consumo de alimentos in natura e minimamente processados</b>			0,02			0,000
Q4	1,0			1,0		
Q3	1,09	1,01–1,18	0,02	1,09	1,01–1,18	0,03
Q2	1,12	1,04–1,20	0,004	1,11	1,03–1,19	0,006
Q1	1,11	1,03–1,20	0,006	1,09	1,01–1,18	0,02

RP: Razão de prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; RP: 1,0 - referência; †Teste do Qui-quadrado para tendência; ‡Teste do Qui-quadrado de Pearson; §Regressão de Poisson.

**Fonte:** autoria própria (2022).

## 8 DISCUSSÃO

Os dados apresentados reforçam a ampla dimensão de um fenômeno como a IA. Cabe destacar a elevada prevalência de insegurança alimentar encontrada (71,7%), superior às médias nacional (36,7%), regional (50,3%) e estadual (48,3%), de acordo com a última POF, conduzida em 2017-2018 (IBGE, 2020). Ainda que em um período anterior à pandemia de Covid-19, os dados levantados pela POF já alertavam para um possível retorno do país ao Mapa da Fome, concretizado logo em seguida. Em 2019, a RMR já apresentava evidências alarmantes da restrição do acesso aos alimentos. Além disso, foi possível observar aumento de 11,6% da IA na RMR em relação a IV PESN realizada em 2015-2016 (SILVA *et al.*, 2022a).

Desde 2004, ano em que a EBIA começa a ser utilizada enquanto instrumento de aferição da IA nos inquéritos nacionais, observa-se uma constância no perfil de indivíduos mais vulneráveis ao agravo. Apesar de uma importante queda de prevalência da IA verificada entre 2004 e 2013 que culminou na saída do Brasil do Mapa da Fome da ONU (FAO, 2014), moradores da região Norte e Nordeste, com baixo nível de escolaridade, pretos e pardos e sem vínculo empregatício continuaram apresentando maior associação com a insegurança alimentar ao longo dos anos (SANTOS *et al.*, 2018). Conduzido em 2019 e derivado da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição, o presente estudo acompanha essa tendência histórica.

Conforme supracitado, os resultados corroboram com os achados da literatura científica no âmbito nacional (MORAIS; LOPES; PRIORE, 2020; SANTOS *et al.*, 2018) e, sobretudo, com os resultados da IV PESN (SILVA *et al.*, 2022a). As mesmas iniquidades permanecem ao longo dos anos, o que reafirma a discrepância social na RMR, figurando como a quarta metrópole mais desigual do país, de acordo com levantamento trimestral feito pelo Observatório das Metrôpoles da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (SALATA; RIBEIRO, 2022).

Atualmente, indivíduos pretos ou pardos apresentam maiores prevalências de IA se comparados àqueles de pele branca (65,0% contra 46,8%, respectivamente) (PENSSAN, 2022). A raça/cor sempre se mostrou um fator associado aos níveis mais graves de IA, sobretudo em domicílios chefiados por mulheres (MAINARDES; RAIHER, 2018; PALMEIRA *et al.*, 2022; SILVA *et al.*, 2022b). As disparidades étnico-raciais também podem ser objeto de estudo em relação à escolaridade e

ocupação, ambas associadas com a IA. Apesar de constituírem a maioria da população brasileira, pessoas negras apresentam o dobro da taxa de analfabetismo em relação à população branca, e quanto aos postos de trabalho, ocupam a maioria dos cargos informais e a minoria dos cargos de liderança, que possuem as melhores remunerações (IBGE, 2019).

Tal qual a escolaridade, a vulnerabilidade causada pela ausência de vínculo empregatício é determinante no acesso aos alimentos. Dessa forma, é preciso compreender a perspectiva cíclica da IA: postos formais de trabalho, que estão relacionados à maior prevalência de SAN (PENSSAN, 2022), são diretamente proporcionais aos anos de estudo. Ou seja: quanto maior o grau de instrução, maiores são as chances de o indivíduo estar em situação de SAN (MAINARDES; RAIHER, 2018). Contudo, é preciso reforçar que a IA manifesta-se de maneiras distintas nos grupos sociais. Como consequência do racismo estrutural, a disparidade salarial entre indivíduos brancos e pretos/pardos por exercerem exatamente a mesma função ainda é uma realidade no Brasil (IBGE, 2019), o que pode explicar mulheres negras serem mais suscetíveis à IA, ainda que apresentem elevado nível de escolaridade e maior renda (SILVA *et al.*, 2022b).

Ainda em consonância com os resultados da IV PESN 2015-2016 (SILVA *et al.*, 2022a), o menor nível de escolaridade esteve associado à IA. Diversos estudos replicam tais achados, explicitando que o risco dos indivíduos com menor escolaridade apresentarem IA pode ser cerca de 3 vezes maior a depender da localidade do domicílio (MAINARDES; RAIHER, 2018; PALMEIRA *et al.*, 2022; SANTOS *et al.*, 2018). Palmeira *et al.* (2022), por exemplo, observaram que a IA na região Nordeste apresenta distintas razões de prevalência nos seus diferentes níveis, sendo o maior risco observado na área urbana, independente da gravidade da IA.

Aqueles que definiram sua ocupação enquanto beneficiários de programas sociais apresentaram o maior risco à IA em concordância com o exposto por Silva *et al.* (2022a), ainda que a renda do benefício fosse destinada prioritariamente à compra de gêneros alimentícios. Contudo, estudos salientam a importância dos programas de transferência de renda como fator de proteção para a IA, sobretudo em sua expressão mais grave (PALMEIRA *et al.*, 2022), ressaltando a necessidade de manutenção e ampliação de tais estratégias (CARVALHO *et al.*, 2020; PALMEIRA *et al.*, 2022; SOUZA; DA SILVA; DE PAIVA SILVA, 2021).

Por se tratar de uma política pública intersetorial, o PBF beneficia indivíduos e seus familiares intervindo em diversos fatores associados com a IA. Estudos indicam a melhora do estado nutricional de crianças assistidas pelo programa (OLIVEIRA; DE CARVALHO; SOUSA, 2019) e queda da mortalidade infantil (SILVA; PAES, 2019), além de maior frequência e menor abandono em ambiente escolar (SANTOS *et al.*, 2019). Por exemplo, no ambiente urbano do município de Laranjeiras do Sul, no Paraná, foi possível observar o incremento de alimentos saudáveis e proteicos no consumo alimentar das famílias beneficiadas (SOUTHIER; TRICHES, 2020).

Nesse sentido, enfatiza-se a necessidade de uma mudança a nível estrutural, considerando a intersetorialidade como base para o desenvolvimento de políticas públicas que identifiquem e respeitem as particularidades dos grupos sociais em situação de vulnerabilidade. Para tal, é preciso que não somente a fome, mas todas as desigualdades que direcionam a esse desfecho sejam priorizadas. Como exemplo no Brasil, durante os dois mandatos do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), o combate à fome foi elencado como a principal missão do governo. Ao longo dos oito anos em que esteve à frente do Poder Executivo, uma série de estratégias intersetoriais foram criadas e fortalecidas a fim de garantir a SAN dos brasileiros, provando a efetividade das políticas públicas no enfrentamento às vulnerabilidades e combate à fome (BRITO; BAPTISTA, 2021; SOUZA; DA SILVA; DE PAIVA SILVA, 2021).

Estratégias como o PFZ, PBF, Programa Um Milhão de Cisternas e uma série de políticas públicas estruturais e locais, como a criação de novas Universidades Federais, permitiram o aumento da renda *per capita* e o desenvolvimento social de uma representativa parcela da população brasileira, com consequente saída da pobreza e extrema pobreza (HAACK *et al.*, 2018; NIQUITO; RIBEIRO; PORTUGAL, 2018; SOUZA; DA SILVA; DE PAIVA SILVA, 2021).

Entretanto, o que tem se observado desde 2016 é um retrocesso das conquistas sociais através do constante desmonte das políticas públicas, congelamento dos investimentos em saúde e educação por vinte anos, enfraquecimento do controle social, entre outras medidas neoliberais que afetam diretamente os grupos historicamente vulnerabilizados (BRITO; BAPTISTA, 2021; COHN, 2020). Por conseguinte, o Brasil retorna de maneira precoce ao Mapa da Fome e o cenário da desigualdade social se agrava, conforme evidenciado no presente estudo.

Em adição, foi também no governo Lula que o termo “segurança alimentar e nutricional” foi centralizado e assumiu maior complexidade, abrangendo a dimensão da qualidade e não somente o acesso aos alimentos (BRITO; BAPTISTA, 2021). Nesse sentido, cabe destacar o maior risco de IA associado àqueles que autoavaliaram a alimentação como “regular” e que consumiam menor quantidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados, que por sua vez são recomendados como a base de uma alimentação adequada e saudável, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Em consonância com a IV PESN realizada na RMR em 2015-2016, os resultados relativos ao consumo alimentar são semelhantes (SILVA *et al.*, 2022a). Além disso, em estudo conduzido pela mesma autora no estado de Pernambuco verificou-se relação inversamente proporcional entre IA e consumo alimentar: quanto maior a gravidade da situação de IA, menor o escore de consumo (DA SILVA *et al.*, 2021). Em estudo conduzido com 201 mulheres beneficiárias do PBF no Rio Grande do Sul, observou-se que o consumo de frutas e o hábito de realizar café da manhã esteve associado à SAN, enquanto o excesso de peso esteve associado à IA (FRANCO *et al.*, 2019). Cabe destacar que o maior consumo de ultraprocessados está relacionado não somente ao excesso de peso, dado o alto valor calórico e baixo valor nutricional desse tipo de produto; mas também à desnutrição, carências nutricionais específicas e doenças crônicas não transmissíveis (SWINBURN *et al.*, 2019).

Foi observado por Oliveira *et al.* (2022) que localidades na RMR em que predominam pontos de venda de AUP apresentam maiores possibilidades de indivíduos com sobrepeso, o que sugere uma sindemia de obesidade e IA influenciada pelo ambiente alimentar. Além disso, o maior consumo de bebidas ultraprocessadas esteve associado com menor nível de escolaridade e predominância de estabelecimentos que comercializam AUP, recomendando uma intervenção no ambiente a fim de diminuir o consumo de tais produtos (DE MENEZES *et al.*, 2022). Ambos os estudos, conduzidos no mesmo território da presente pesquisa, apontam o ambiente alimentar com uma alta disponibilidade de alimentos ultraprocessados.

Também é importante ressaltar que o consumo alimentar vai além de uma questão de escolha individual. Saber quais alimentos preferir é diferente de acessá-los, afinal, a garantia da alimentação adequada também está atrelada às condições

econômicas e à disponibilidade de alimentos no entorno. Neste último caso, a indústria alimentícia utiliza estratégias agressivas de divulgação e preços competitivos a fim de promover o maior consumo de produtos ultraprocessados e adentrar mais facilmente os domicílios brasileiros. Nos municípios da RMR que compuseram este estudo, por exemplo, foi identificado que a predominância de compras de insumos por parte dos estabelecimentos comerciais são, em sua maioria, de AUP (LEAL *et al.*, 2022).

A diminuição do poder de compra e a alta inflação dos alimentos vivenciada nos últimos anos acabam por levar a escolhas mais acessíveis e menos saudáveis, na contramão da dimensão qualitativa da SA. Nesse sentido, é papel do Estado desenvolver políticas públicas regulatórias que favoreçam o acesso aos alimentos de melhor qualidade, com objetivo de favorecer a soberania alimentar e garantir o DHANA.

Posteriormente à realização da IV PESN, fonte dos dados deste estudo, o Brasil enfrenta a pandemia de Covid-19. A gestão da crise sanitária liderada pelo negacionismo e desamparo social, agravou a crise econômica e conseqüentemente, o acesso à alimentação. Dados do inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil (PENSSAN, 2022) apontam prevalência superior de IA entre os grupos sociais indicados acima, reafirmando a atualidade dos dados encontrados nesta pesquisa e apontando para o agravamento do problema ao longo dos anos. Atualmente, o número de pessoas em situação de IA é superior às prevalências do início dos anos 2000 (IBGE, 2020; PENSSAN, 2022).

Diante da alarmante situação aqui encontrada, cabe ressaltar que a realidade após dois anos intensos de pandemia é ainda mais grave, pois o que se observa a nível nacional é a persistência e agravamento dessas iniquidades sociais durante a crise sanitária (PENSSAN, 2022). Atrelada ao enfraquecimento do controle social, a fome é vista como um projeto político de manutenção das desigualdades sociais e acúmulo de capital, intensificada por um discurso que naturaliza a pobreza e a miséria fortalecido por aqueles que deveriam garantir a proteção social a todos os cidadãos brasileiros.

Diante do exposto, a prioridade dessa discussão é ressaltar que apesar da perspectiva de crescimento da SAN observada nos primeiros anos do século XX, as conhecidas iniquidades têm retornado ainda mais proeminentes e permanecem como desafios a serem solucionados. Ou seja: a garantia de direitos sociais aos

grupos historicamente oprimidos foi, é e será um desafio e tal garantia deve ser tratada como prioridade na luta pela universalidade do DHANA.

Com o início de uma nova gestão presidencial que reinsere o combate à fome de forma intersetorial como importante pauta em seu plano de governo, a expectativa é que as desigualdades aqui evidenciadas sejam enfrentadas a partir de uma perspectiva humanizada, científica e participativa, reafirmando a importância do controle social na elaboração, avaliação e monitoramento de políticas públicas.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Devido ao seu delineamento transversal, foi possível estabelecer relação e não necessariamente relação de causalidade entre as variáveis. Além disso, é importante considerar possíveis vieses na utilização da EBIA, pois por se tratar de um questionário com perguntas de cunho sensível, em alguns casos a resposta do entrevistado pode não refletir a realidade. Considerando a amplitude de fatores que envolvem a SAN, cabe ressaltar a necessidade da investigação daqueles que podem (ou não) influenciar a variável dependente, tal qual a disponibilidade e produção de alimentos, além de aspectos culturais. Ainda, é importante investigar a relação entre a IA e as diversas formas de sofrimento mental, como ansiedade e depressão, por exemplo.

Contudo, a execução desse estudo mostrou-se importante para revelar a grave situação de IA da quarta maior metrópole do país, sobretudo em um período pré-pandêmico. Uma região metropolitana marcada por visíveis disparidades, marcada não somente pelo contraste de imensos arranha-céus vizinhos de zonas de pobreza extrema, mas também no íntimo do âmbito domiciliar.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou altas prevalências de IA na Região Metropolitana do Recife, acompanhando uma tendência histórica de involução da SAN observada desde 2016. Houve associação entre IA e raça/cor preta ou parda, baixo nível de escolaridade, ausência de vínculo empregatício e recebimento de benefícios sociais. Ao longo dos anos em que a EBIA foi utilizada como principal instrumento de coleta de dados nos inquéritos nacionais, ainda que a situação de SAN tenha melhorado entre 2004 e 2013, verificou-se neste estudo a manutenção do mesmo perfil de vulnerabilidade e aumento das prevalências do agravo, ou seja: a fome tem cor, classe social e endereço.

Cabe destacar a associação entre IA e autoavaliação da alimentação como “regular”, destacando a fragilidade no acesso aos alimentos de qualidade, o que reflete no maior consumo de produtos ultraprocessados e menor consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, esta última apresentando associação com a IA neste estudo, evidenciando a necessidade de políticas regulatórias de distribuição e comercialização produtos e gêneros alimentícios.

Sendo assim, os indivíduos que sempre estiveram suscetíveis à IA tornam-se ainda mais vulneráveis nos últimos anos, como desdobramento de uma conjuntura político-econômica pautada no neoliberalismo e concentração de renda. Os resultados apresentados podem servir como base para a elaboração de estratégias nos planos municipais e estadual de SAN, a fim de combater a IA. Afinal, o Poder Executivo tem um dever com a garantia dos direitos sociais, honrando o artigo 6º da Constituição Federal através da criação, manutenção e fortalecimento das políticas públicas para redução das iniquidades sociais.

## REFERÊNCIAS

- ÁBRAMO, F. P. **DIRETRIZES PARA O PROGRAMA DE RECONSTRUÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DO BRASIL**. 2022. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/wp-content/uploads/2022/06/documento-diretrizes-programaticas-vamos-juntos-pelo-brasil-20.06.22.pdf>. Acesso em: 31 jan 2023.
- ABRAMOV, O. Governo FHC e Estratégia de Parceria: retomando a análise crítica do Programa Comunidade Solidária. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, 7, n. 2, 2016.
- ALENCAR, Á. G. d. Do conceito estratégico de segurança alimentar ao plano de ação da FAO para combater a fome. **Revista brasileira de política Internacional** 44, p. 137-144, 2001.
- ALPINO, T. M. A.; BOCCA, C.; BARROS, D. REFLEXÕES SOBRE OS EFEITOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA (IN) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA. **SEMEAR: Revista de Alimentação, Nutrição e Saúde**, 2, n. 2, p. 04-04, 2021.
- AZEVEDO, E. d.; RIBAS, M. T. G. D. O. Estamos seguros? Reflexões sobre indicadores de avaliação da segurança alimentar e nutricional. **Revista de Nutrição**, 29, p. 241-251, 2016.
- BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Alimentos e Nutrição Araraquara**, 14, n. 1, 2009.
- BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Cien Saude Colet**, 25, p. 3833-3846, 2020.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. d. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 37, p. e00119021, 2021.
- BRANDT, V. C.; SALLES, L. M. F. POLÍTICAS SOCIAIS EM TEMPOS (NEO) LIBERAIS: UM ENSAIO CRÍTICO. **Educação: Teoria e Prática**, 28, n. 59, p. 583-601, 2018.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, pp.
- BRASIL. Portaria n.º 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**, Brasília, pp. 48.
- BRASIL. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set 2006, pp.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Emenda constitucional n. 64, de 4 de fevereiro de 2010. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 fev. 2010, pp.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de agosto de 2010, pp.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: 2011.

BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**, Brasília, pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: 2014.

BRITO, F. R. d. S. d. S.; BAPTISTA, T. W. d. F. Sentidos e usos da fome no debate político brasileiro: recorrência e atualidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 37, 2021.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência Saúde Coletiva**, 14, p. 851-860, 2009.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, 17, p. 77-93, 2007.

CANUTO, R.; FANTON, M.; LIRA, P. I. C. d. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. **Ciência Saúde Coletiva**, 24, p. 3193-3212, 2019.

CARVALHO, T. F. B. d. *et al.* Estado nutricional e segurança alimentar de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família: revisão integrativa. p. 593-602, 2020.

CASTRO, I. R. R. d. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. **Cad Saude Publica [online]**, 35, n. 2, p. e00009919, 2019.

COHN, A. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, p. 129-160, 2020.

CONSEA. Relatório Final de II Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: “A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional”**. Olinda: 2004.

CUSTÓDIO, M. B. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional**, 18, n. 1, p. 1-10, 2011.

DA SILVA, C. S. *et al.* Globalização e Processamento de Alimentos: Consumo Alimentar no Nordeste Brasileiro. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, 16, p. 63180, 2021.

DA SILVA, M. E. H.; ZACARON, S. S.; BEZERRA, M. d. O. A., 2019, **Determinantes sociais da saúde e as iniquidades no brasil: um debate necessário.**

DE MENEZES, R. C. E. *et al.* Influence of food environment on ultra-processed drinks consumption among an economically vulnerable population in a metropolitan area in Brazil: A multilevel analysis. **Health Place**, 77, p. 102869, 2022.

DE SOUZA, A. V. Universidade Federal de Alagoas, **DESIGUALDADES RELACIONADAS À RENDA DOS ESTILOS DE VIDA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE COM BASE NA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DE 2013.** Maceió, Alagoas: 2019. (Mestrado em Economia Aplicada).

DIAS, M. d. S. *et al.* Insegurança alimentar em um município do extremo sul do Rio Grande do Sul, 2016: um estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 29, 2020.

DINIZ, F. R. *et al.* **As metrópoles e a Covid-19: dossiê nacional.** 2021.

DO AMARAL, V. R.; BASSO, D. Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma análise em perspectiva histórica. **COLÓQUIO-Revista do Desenvolvimento Regional**, 13, n. 1, p. 181-200, 2016.

DO PRADO, M. d. C. R.; CALAIS, S. L.; CARDOSO, H. F. Stress, Depressão e qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda. **Interação em Psicologia**, 20, n. 3, 2017.

FAO. Food And Agriculture Organization Of The United Nations. **Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação.** Roma: Cúpula Mundial da Alimentação: 1996.

FAO. Food And Agriculture Organization Of The United Nations. **The State of Food Insecurity in the World. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition.** Roma: 2014.

FERRAZ, D. *et al.* Os Determinantes do Consumo Alimentar Domiciliar: uma comparação entre estratos de renda no Brasil pelos dados da POF de 2008/2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, 25, n. 2, p. 38-50, 2018.

FIAN. **Curso básico de direito humano à alimentação e à nutrição adequadas.** Brasília: 2020. 72 p. Disponível em: <https://fianbrasil.org.br/wp->

<content/uploads/2020/06/Curso-Dhana-M%C3%B3dulo-I-FIAN-Brasil.pdf>. Acesso em: 31 jan 2023.

FRANCO, J. G. *et al.* Insegurança alimentar, consumo alimentar e estado nutricional de mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família. **Ciência Saúde**, 12, n. 3, p. e32907-e32907, 2019.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Rev Saude Publica**, 38, n. 4, p. 581-584, Aug 2004.

GUBERT, M. *et al.* A municipal-level analysis of secular trends in severe food insecurity in Brazil between 2004 and 2013. **Glob Food Sec**, 14, p. 61-67, 2017.

GUERRA, L. D. d. S.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; BEZERRA, A. C. D. Alimentação: um direito humano em disputa-focos temáticos para compreensão e atuação em segurança alimentar e nutricional. **Cien Saude Colet**, 24, p. 3369-3394, 2019.

HAACK, A. *et al.* Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura. **Comun. ciênc. saúde**, p. [126-138], 2018.

HUIZAR, M. I.; ARENA, R.; LADDU, D. R. The global food syndemic: The impact of food insecurity, Malnutrition and obesity on the healthspan amid the COVID-19 pandemic. **Progress in cardiovascular diseases**, 64, p. 105, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. Rio de Janeiro: 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil**. Rio de Janeiro: 2020.

IPEA. **A trajetória histórica da segurança alimentar e nutricional na agenda política nacional: projetos, discontinuidades e consolidação**. Brasília: 2014.

JESUS, C. M. d. Quarto de despejo: diário de uma favelada. *In*, 1960. p. 264.

LEAL, V. S. *et al.* ECOASUS-PE, **Atlas da situação alimentar e nutricional em Pernambuco: volume 2**. Recife: 2022. 6500439562.

LEME, A. S. Josué de Castro e as metamorfoses da fome no Brasil, 1932-1946. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 28, p. 1115-1135, 2021.

LIGNANI, J. d. B. *et al.* Relationship between social indicators and food insecurity: a systematic review. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 23, p. e200068, 2020.

LOUZADA, M. L. d. C. *et al.* Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 49, 2015.

MACHADO, J. C.; SPERANDIO, N. Segurança Alimentar e Nutricional: Histórico, Conceito e Situação. . In: **Atualizações e debates sobre Segurança Alimentar e Nutricional**. Viçosa, MG: Dayane de Castro Moraes; Naiara Sperandio; Eloiza Priore (org.), 2020. p. 18.

MAINARDES, F.; RAIHER, A. P. (In) Segurança Alimentar no Brasil: Prevalência e Fatores Associados. **Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas**, p. 23-23, 2018.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Ativ Fís Saúde**, 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MCLAUGHLIN, K. A. *et al.* Food insecurity and mental disorders in a national sample of US adolescents. **Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry**, 51, n. 12, p. 1293-1303, 2012.

MELCHIOR, M. *et al.* Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. **Pediatrics**, 124, n. 4, p. e564-e572, 2009.

MONCAU, G. Com o compromisso de combater a fome, governo Lula reativa Conselho de Segurança Alimentar. São Paulo: **Brasil de Fato**. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/01/03/com-o-compromisso-de-combater-a-fome-governo-lula-reativa-conselho-de-seguranca-alimentar>. Acesso: 31 jan 2023.

MORAIS, D. d. C. *et al.* Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Cien Saude Colet**, 19, p. 1475-1488, 2014.

MORAIS, D. d. C.; LOPES, S. O.; PRIORE, S. E. Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. **Ciência Saúde Coletiva**, 25, p. 2687-2700, 2020.

NASCIMENTO, A. L.; ANDRADE, S. L. Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? **Ciência e Cultura**, 62, n. 4, p. 34-38, 2010.

NIQUITO, T. W.; RIBEIRO, F. G.; PORTUGAL, M. S. Impacto da criação das novas universidades federais sobre as economias locais. **Planejamento e políticas públicas**, n. 51, 2018.

OLIVEIRA, J. S. *et al.* Unhealthy food environments that promote overweight and food insecurity in a brazilian metropolitan area: A case of a syndemic? **Food Policy**, 112, p. 102375, 2022.

OLIVEIRA, P. C. d. C. R.; DE CARVALHO, M. d. C.; SOUSA, H. J. S. Impacto do programa bolsa família no estado nutricional de crianças assistidas no período de 2011 a 2016 no município de Canto do Buriti-PI. **Revista da FAESF**, 2, n. 4, 2019.

ONU. Comentário Geral No. 12 - O Direito Humano a Alimentação Adequada (art. 11). In: VALENTE, F. (Ed.). **Direito humano a alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 1999, p. 2.

PALMEIRA, P. d. A. *et al.* Acesso aos benefícios e programas governamentais e insegurança alimentar nas áreas rurais e urbanas do Nordeste brasileiro. 27, p. 2583-2595, 2022.

PENSSAN, R. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. **Rio de Janeiro: Rede Penssan**, 2022.

PEQUENO, N. P. F. **Qualidade de vida e insegurança alimentar em adultos e idosos: estudo Brazuca Natal**. Natal, RN. 2020. (Tese de doutorado).

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, 21, p. 15s-26s, 2008.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* An adapted version of the US Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **The Journal of nutrition**, 134, n. 8, p. 1923-1928, 2004.

PINTO, F. C. d. L. **Segurança alimentar e nutricional no Estado de Pernambuco: situação e análise de fatores geográficos e socioeconômicos associados**. Tese de doutorado. Recife, PE. 2012.

RIGON, S. d. A.; SCHMIDT, S. T.; BÓGUS, C. M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. **Cad Saude Publica**, 32, p. e00164514, 2016.

RIZZOTTO, M. L. F. O cenário depois do golpe. **Saúde em Debate**, 40, n. 110, p. 5-6, 2016.

RODRIGUES, S. L.; BALDO, M. P.; MILL, J. G. Association of waist-stature ratio with hypertension and metabolic syndrome: population-based study. **Arq Bras Cardiol**, 95, p. 186-191, 2010.

SALATA, A. R.; RIBEIRO, M. G. Boletim Desigualdade nas Metrôpoles. *In*. Porto Alegre/RS, 2022. p. 41. Disponível em: <https://www.observatoriodasmetropoles.net.br/>.

SANTOS, M. C. S. *et al.* Programa Bolsa Família e indicadores educacionais em crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, p. 2233-2247, 2019.

SANTOS, T. G. d. *et al.* Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, 34, p. e00066917, 2018.

SARDINHA, L. *et al.* Ministério do Desenvolv Soc e Combat à Fome. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar–EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional**. 2014.

SHINOHARA, N. K. S. *et al.* Insegurança alimentar no uso indiscriminado de agrotóxicos. **Hig. aliment**, p. 17-21, 2017.

SILVA, C. C. S. *et al.* Associação entre consumo alimentar e (in) segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos-PB. **Brazilian Journal of Food Technology**, 15, p. 23-30, 2012.

SILVA, C. S. d. *et al.* Situação de insegurança alimentar em domicílios de Pernambuco, Região Nordeste do Brasil: contribuições para discussão da violação do direito à alimentação. **Saúde e Sociedade**, 31, 2022a.

SILVA, E. S. d. A. d.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, p. 623-630, 2019.

SILVA, S. O. d. *et al.* A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. **Cad. Saúde Pública**, 38, p. e00255621, 2022b.

SOUSA, S. Q. d. *et al.* Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência Saúde Coletiva**, 24, p. 1925-1934, 2019.

SOUTHIER, N.; TRICHES, R. M. Programa Bolsa Família: impacto na alimentação e papel da aquisição não monetária no meio urbano e rural. **Interações**, 21, p. 871-884, 2020.

SOUZA, W. V. F.; DA SILVA, K. V. C.; DE PAIVA SILVA, F. A FOME NO (S) NORDESTE (S): BOLSA FAMÍLIA, ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA) E PROGRAMA UM MILHÃO DE CISTERNAS (P1MC) NA REGIÃO NORDESTE E SEUS IMPACTOS. **PEGADA-A Revista da Geografia do Trabalho**, 22, n. 1, p. 306-340, 2021.

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

TAVARES, F. C. d. L. P.; LEAL, V. S. Editora Universitária da UFPB, **Evolução da política e dos programas de alimentação e nutrição no Brasil: de Josué de Castro à política nacional de segurança alimentar e nutricional**. Recife: 2012. 123 p.

VASCONCELLOS, A. B. P. d. A.; MOURA, L. B. A. d. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cad Saude Publica**, 34, 2018.

VASCONCELOS, F. d. A. G. d. *et al.* Políticas públicas de alimentação e nutrição do Brasil: de Lula a Temer. **Revista de Nutrição**, 32, 2019.

WACHEKOWSKI, G. *et al.* Agrotóxicos, revolução verde e seus impactos na sociedade: revisão narrativa de literatura. **Salão do Conhecimento**, 7, n. 7, 2021.

WHO. World Health Organization. **Physical status: The use of and interpretation of anthropometry.** Geneva: 1995.

WHO. World Health Organization. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic.** Geneva: 2000.

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

**IV PESQUISA ESTADUAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO – 2015**  
**DEPTº NUTRIÇÃO/ DEPTº MATERNO INFANTIL – UFPE/ IMIP/ SES**  
**CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPq**

### I D E N T I F I C A Ç Ã O

1.	Nº do Questionário														
2.	Município _____														
3.	Setor Censitário														
4.	Situação: <input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="1"/> Urban o <input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="2"/> Rural														
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="1"/> menos de 1 ano														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="2"/> 1 a 5 anos														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="3"/> mais de 5 anos														
<b>(SE A RESPOSTA FOI “1” OU “2”, SABER A PROCEDÊNCIA):</b>															
6.	Procedência														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="1"/> do mesmo município (área urbana)														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="2"/> do mesmo município (área rural)														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="3"/> de outro município (área urbana)														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="4"/> de outro município (área rural)														
	<input style="width: 30px; text-align: center;" type="text" value="8"/> Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)														
Endereço _____															
Ponto de referência _____															
Telefone _____															
Nome do entrevistado _____															
Data da entrevista _____/_____/2015															
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table>												2	0	1	5
				2	0	1	5								
Entrevistador _____															
Supervisor de campo _____															

Total de formulários F			

**RECIFE / 2015**



entrevistado	6- Agregado 7- Emp. Doméstico		Jeová 5- Umbanda, candomblé, etc 6-Outra 7- Sem religião	6- Superior Completo ou mais 7- Não Sabe 8- Menor de 6 anos	07- Aposentado/Pensionista/Benefício 08- Estudante Trabalhando 09- Estudante-Não trabalha 10- Não Sabe 11- < 6 anos
--------------	----------------------------------	--	--	---	---

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

1	TOTAL DE PESSOAS:	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		NPES	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>											
2	TIPO DE MORADIA:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Casa</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Apartamento</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Quarto/Cômodo</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	1 Casa		4 Outro: _____	2 Apartamento			3 Quarto/Cômodo					TIPO	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				
1 Casa		4 Outro: _____																
2 Apartamento																		
3 Quarto/Cômodo																		
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Própria, já paga</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">5 Própria, doada pelo governo</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Própria, em aquisição</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6 Mora de favor/emprestada:</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Cedida</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7 Invadida</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Alugada</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8 Outro _____</td> </tr> </table>	1 Própria, já paga		5 Própria, doada pelo governo	2 Própria, em aquisição		6 Mora de favor/emprestada:	3 Cedida		7 Invadida	4 Alugada		8 Outro _____			REGIME	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1 Própria, já paga		5 Própria, doada pelo governo																
2 Própria, em aquisição		6 Mora de favor/emprestada:																
3 Cedida		7 Invadida																
4 Alugada		8 Outro _____																
4	PAREDES:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Alvenaria/Tijolo</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Tijolo + Outros</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Taipa</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5 Madeira/Lata/plástico/papelão</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Tijolo +Taipa</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6 Outro _____</td> </tr> </table>	1 Alvenaria/Tijolo		4 Tijolo + Outros	2 Taipa		5 Madeira/Lata/plástico/papelão	3 Tijolo +Taipa		6 Outro _____			PAREDE	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				
1 Alvenaria/Tijolo		4 Tijolo + Outros																
2 Taipa		5 Madeira/Lata/plástico/papelão																
3 Tijolo +Taipa		6 Outro _____																
5	PISO:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Cerâmica/ Lajota/Taco</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Madeira</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5 Cimento + Cerâmica</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Cimento</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6 Outro: _____</td> </tr> </table>	1 Cerâmica/ Lajota/Taco		4 Terra (barro)	2 Madeira		5 Cimento + Cerâmica	3 Cimento		6 Outro: _____			PISO	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				
1 Cerâmica/ Lajota/Taco		4 Terra (barro)																
2 Madeira		5 Cimento + Cerâmica																
3 Cimento		6 Outro: _____																
6	COBERTURA:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Laje de concreto</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Telha de amianto (Tipo Brasilit)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Telha de barro</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Outro:</td> </tr> </table>	1 Laje de concreto		3 Telha de amianto (Tipo Brasilit)	2 Telha de barro		4 Outro:			TETO	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>							
1 Laje de concreto		3 Telha de amianto (Tipo Brasilit)																
2 Telha de barro		4 Outro:																
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:																	
1	Com canalização interna	2	Com canalização até o quintal	3	Sem canalização	ÁGUA 1	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>											
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Rede geral</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">5 Vizinho/parente</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Poço /Nascente/Cacimba</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6 Outro _____</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 Chafariz</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	1 Rede geral		5 Vizinho/parente	2 Poço /Nascente/Cacimba		6 Outro _____	3 Chafariz			4 Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento					ÁGUA 2	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
1 Rede geral		5 Vizinho/parente																
2 Poço /Nascente/Cacimba		6 Outro _____																
3 Chafariz																		
4 Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento																		
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:																	
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">1 Fervida</td> <td style="width: 40%; border: none;"></td> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">4 Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 Filtrada</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5 Mineral</td> </tr> </table>	1 Fervida		4 Sem tratamento	2 Filtrada		5 Mineral			TRATA	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>							
1 Fervida		4 Sem tratamento																
2 Filtrada		5 Mineral																

3 Coada		6 Outro: _____							
9	DESTINO DOS DEJETOS:							DEJETOS	
	1	Rede geral	6	Não Sabe					
	2	Fossa com tampa							
	3	Fossa rudimentar (sem tampa)							
	4	Cursos d'água							
	5	Outro: _____							
10	DESTINO DO LIXO:							LIXO	
	1	Coletado	3	Queimado	5	Caçamba			
	2	Enterrado	4	Terreno baldio	6	Outro _____			
11	CÔMODOS: Total				Servindo de dormitório				
	Número de Lugares para dormir		_____		(Cama/colchão de casal = 2 lugares)				
12	BANHEIRO: SE SIM, QUEM USA:							BANHEIRO	
	1	Sim	1	A família	8	NSA (Não tem banheiro)			
	2	Não	2	Coletivo					
12.1	QUANTOS BANHEIROS DE USO DA FAMÍLIA?			0	1	2	3	4	ou mais
<b>BENS DE CONSUMO E SERVIÇOS</b>									
13	ELETRICIDADE	1	Sim, registro individual	2	Sim, registro coletivo	3	Não tem	LUZ	
14	COMPUTADOR	1	Tem	2	Não tem	COMPUT			
15	TELEFONE CELULAR	1	Tem	2	Não tem	TELCEL			
16	TELEFONE FIXO	1	Tem	2	Não tem	TELFIXO			
17	MOTO	1	Tem	2	Não tem	MOTO			
18	ANTENA PARABÓLICA	1	Tem	2	Não tem	ANTENA			
19	MÁQUINA DE LAVAR	1	Tem	2	Não tem	MAQLAV			
20	VÍDEO/ DVD	1	Tem	2	Não tem	VDVD			
21	GELADEIRA	1	Tem	2	Não tem	GELAD			
22	FREEZER	1	Tem	2	Não tem	FREEZ			
23	FOGÃO À GÁS/ ELÉTRICO	1	Tem	2	Não tem	FOGAO			
				QUANTIDADE					
24	EMPREGADA MENSALISTA	0	1	2	3	4	ou mais	EMPM	
25	CARRO	0	1	2	3	4	ou mais	CARRO	
26	RÁDIO/SOM	0	1	2	3	4	ou mais	RADIO	
27	TELEVISÃO - CORES	0	1	2	3	4	ou mais	TVCOR	

28	RENDA FAMILIAR MENSAL: <b>Recebimentos no mês anterior ao da Pesquisa</b>							
Nº Ordem	TIPO (se salário, pensão, benefício, aposentadoria, BF)	R\$	TOTREC					
<b>TOTAL MENSAL:</b>		R\$ _____						
29	A RENDA É:							
1	Total	2	Parcial	3	Ignorada	CODREN		

## ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA

### BLOCO H – SAÚDE E MORBIDADE REFERIDA

<b>37. DE UM MODO GERAL, EM COMPARAÇÃO COM PESSOAS DA SUA IDADE, COMO O(A) SR.(A) CONSIDERA O SEU PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE?</b>			ESTSAU		
<i>Entrevistador: leia as alternativas.</i>					
<input type="checkbox"/> 1	Excelente	<input type="checkbox"/> 2	Muito Bom	<input type="checkbox"/> 3	Bom
<input type="checkbox"/> 4	Regular	<input type="checkbox"/> 5	Ruim		
<b>38. ALGUM MÉDICO JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM OU TEVE ALGUMAS DAS SEGUINTE DOENÇAS?</b>					
<i>Entrevistador: leia as alternativas.</i>					
1. Doença da coluna ou costas	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	COLUNA
2. Artrite/Reumatismo (não infeccioso)/Gota	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ARTRITE
3. Tendinite/LER (Lesão de esforço repetitivo)	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TENDINITE
<b>4. Ataque do coração/Infarto</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	INFARTO
<b>5. Angina ou doença das coronárias</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ANGINA
<b>6. Insuficiência cardíaca/Coração grande</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	INSUFICAR
<b>7. Derrame</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DERRAME
<b>8. Hipertensão Arterial</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	HÁ
<b>9. Outras queixas cardíacas (arritmia, sopro)</b>	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	QUEIXCARD
10. Depressão	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	DEPRE
11. Enfisema	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ENFISEMA
12. Bronquite crônica	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	BRONQUITE
13. Asma	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	ASMA
14. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	RENAL
15. Cirrose do fígado	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	CIRROSE
16. Hepatite	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	HEPATITE
17. Tuberculose	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	TUBERC
18. Doença de próstata (se mulher assinalar 8)	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	PROSTATA
19. Hanseníase	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	HANS
20. AIDS	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	AIDS
21. Outra (especifique) _____	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	OUT

**BLOCO I – PRESSÃO ARTERIAL**

<p><b>39. ALGUM MÉDICO OU ENFERMEIRA OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ MEDIU SUA PRESSÃO?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> Não sabe/ não lembra</p>	<p>MEDIUPRESSAO <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Se Não ou NS/NL, passe para a questão 49 – BLOCO J)</b></p>	
<p><b>40. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE MEDIU A SUA PRESSÃO?</b></p> <p>Entrevistador: leia somente se necessário</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Há até 6 meses                      <input type="checkbox"/> 3 Há mais de 1 ano até 2 anos                      <input type="checkbox"/> 5 Há + de 5 anos</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Há + de 6 meses até 1 ano                      <input type="checkbox"/> 4 Há + de 2 anos até 5 anos                      <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/lembra</p>	<p>ULTMEDPA <input type="checkbox"/></p>
<p><b>41. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> Não sabe/lembra</p>	<p>TEMHAS <input type="checkbox"/></p>
<p><b>(Se NÃO ou NS/N, passar para a questão 49 – BLOCO J)</b></p>	
<p><b>42. EM QUANTAS CONSULTAS OU VISITAS AO/DO MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, O (A) SR. (A) FOI COMUNICADO(A) QUE SUA PRESSÃO ESTAVA ALTA?</b></p> <p>Entrevistador: leia as alternativas.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Uma consulta/visita                      <input type="checkbox"/> 3 Três ou mais consultas/visitas</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Duas consultas/visitas                      <input type="checkbox"/> 8 NSA                      <input type="checkbox"/> 9 Não sabe/lembra</p>	<p>CONSUHAS <input type="checkbox"/></p>
<p><b>(Se responde 1, passe para a questão 49 – BLOCO J)</b></p>	
<p><b>43. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM PRESSÃO ALTA, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE DISSE QUE O(A) SR.(A) DEVERIA:</b></p> <p>Mudar alimentação ( diminuir o sal)                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p> <p>Fazer atividade física                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p> <p>Usar medicação                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p>	<p>MENORSAL <input type="checkbox"/></p> <p>FAZERAF <input type="checkbox"/></p> <p>RECREMED <input type="checkbox"/></p>
<p><b>44. ATUALMENTE, O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO</b></p> <p>Orientação alimentar                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p> <p>Fazer atividade física                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p> <p>Usar medição                      <input type="checkbox"/> 1 Sim                      <input type="checkbox"/> 2 Não                      <input type="checkbox"/> 8 NSA (Não tem PA alta)</p>	<p>SEGUESAL <input type="checkbox"/></p> <p>SEGUEAF <input type="checkbox"/></p> <p>SEGUEMED <input type="checkbox"/></p>

45. COMO NORMALMENTE O (A) SR(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A PRESSÃO ALTA?

1	Unidade de saúde do SUS	8	Não tem pressão alta
2	Farmácia popular (Programa Governo)	9	Não Sabe/ Não quis responder
3	Farmácia convencional		

CONSRPA

46. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC. O(A) SR(A) ENTREVISTADOR: Leia as alternativas. (NSA): Não usa ou está tomando e medicação)

1. Para de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA
3. Pede a amigos/parentes que comprem p/ o	1	Sim	2	Não	8	NSA
4. Pede ao médico para mudar a receita	1	Sim	2	Não	8	NSA
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA
6. Outros	1	Sim	2	Não	8	NSA

PARAREM

COMPRA

PEDEAMIGO

MUDARECEITA

NAOFALTA

OUTROREM

47. PORQUE NÃO ESTÁ TOMANDO O REMÉDIO PRESCRITO PARA CONTROLE DA PRESSÃO?

Ent: Não leia as alternativas (Pode ter mais de uma resposta) (NSA): Não usa ou está tomando e medicação)

1. Médico não renovou receita	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
2. Médico mandou parar	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
3. Ficou curado	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
4. Acabou o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
5. É muito caro	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
6. Remédio fez mal	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando
6. Outro (_____)	1	Sim	2	Não	8	NSA /está tomando

MEDNREN

MEDPARAR

MEDCURAR

MEDCABO

MEDCARO

MEDMAL

OUTROMED

48. O (A) SR. (A) FREQUENTA ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? (PROGRAMA HIPERDIA) PARA ACOMPANHAMENTO DA PRESSÃO?

1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem pressão alta)
				9	Não sabe

INSCRHAS

## BLOCO J – COLESTEROL/TRIGLICERIDES

49. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) FEZ EXAME DE SANGUE PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

1	Sim	2	Não	9	Não sabe/lembra	EXAMECO L	
---	-----	---	-----	---	-----------------	--------------	--

*Se Não ou não sabe/lembra, passe para a questão 51)*

50. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) SR. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO?

Entrevistador: leia as alternativas

1	= ou - de 6 meses	2	+ de 6 meses até 1 ano	3	+ de 1 ano até 2 anos		
4	+ de 2 anos até 5 anos	5	+ de 5 anos	9	NS/NL	ULTCOL	

51. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU NUTRICIONISTA JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO?

COLESTEROL	1	Sim	2	Não	8	Não fez exame	9	NS/NL	ALTOCOL	
TRIGLICERÍDEO	1	Sim	2	Não	8	Não fez exame	9	NS/NL	ALTOGLI	

*(se NÃO ou Não sabe/não lembra, passar para a questão 60 – BLOCO K )*

52. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM O COLESTEROL/TRIGLICERÍDEO ALTO, ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU:

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col./trig. alto)	ALCOLTRI	
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col./trig. alto)	AFCOLTRI	
Remédio para colesterol	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem col alto)	REMCOL	
Remédio para triglicerídeo	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não tem trig alto)	REMTRIG	

**53. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?**

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional		
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem orientação)	alteração/sem	ALIORIENQ

**54. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?**

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional		
2	Médico	4	Outro profissional	8	NSA(sem orientação)	alteração/sem	AFORIENQ

**55. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?***Entrevistador: leia as alternativas.*

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	MUALICOL	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	AFCOLES	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
Remédio para colesterol	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMCOL	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>
Remédio para triglicérideo	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não teve orientação)	REMTRIG	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>

**56. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O COLESTEROL?**

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro
2	Farmácia popular (Programa Governo Federal)	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder

CONSRCOL

**57. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR O**

**TRIGLICERÍDEO?**

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro
2	Farmácia popular (Programa Governo Federal)	8	NSA (Não teve orientação/ não toma)
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder      CONSRTRI <input type="checkbox"/>

**58. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC., O(A) SR.(A):**

*Entrevistador: Leia as alternativas.*

1. Pára de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PARAREMCT	<input type="checkbox"/>
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	COMPRACT	<input type="checkbox"/>
3. Pede a amigos/parentes que comprem	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	PEDEAMICT	<input type="checkbox"/>
4. Pede ao médico para mudar a receita	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	MUDARECT	<input type="checkbox"/>
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	NAOFALTACT	<input type="checkbox"/>
6. Outros	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	OUTROREMCT	<input type="checkbox"/>

**59. SE O SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO O(S) REMÉDIO PRESCRITOS PARA O CONTROLE DO COLESTEROL/TRICLICERÍDEO ATUALMENTE, POR QUE O(A) SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO?**

*Entrevistador: Leia as alternativas, pode ter mais de uma resposta.*

1. Médico não renovou receita	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não prescrito/toma)	MEDNRECC	<input type="checkbox"/>
2. Médico mandou parar	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não prescrito/toma)	MEDPARARC	<input type="checkbox"/>
3. Porque ficou curado	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não prescrito/toma)	CURAC	<input type="checkbox"/>
4. Acabou o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não prescrito/toma)	ACABAREMC	<input type="checkbox"/>
5. É muito caro	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não prescrito/toma)	CAROC	<input type="checkbox"/>

6. Remédio fez mal

1	Sim	2	Não	8	NSA prescrito/toma)	(Não REMEDMALC	
1	Sim	2	Não	8	NSA prescrito/toma)	(Não OUTROC	

7. Outro (especifique):

## BLOCO K – DIABETES

---

60. ALGUMA VEZ O(A) SR.(A) FEZ EXAME PARA MEDIR O AÇÚCAR NO SANGUE (GLICEMIA) OUDIAGNOSTICAR DIABETES?

1	Sim	2	Não	9	Não sabe/não lembra	<b>EXAMEDI</b>	
						<b>AB</b>	

*Se Não ou NS/NL, passe para a questão 62*

61. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE O (A) Sr. (A) FEZ EXAME PARA MEDIR O SEU DIABETES?

**Entrevistador: leia as alternativas**

1	= ou - de 6 meses	2	+ de 6 meses até 1 ano	3	+ de 1 ano até 2 anos		
4	+ de 2 anos até 5 anos	5	+ de 5 anos	9	NS/NL	<b>ULTDIAB</b>	

62. ALGUM MÉDICO, ENFERMEIRO OU AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JÁ LHE DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES?

1	Sim	2	Não	8	Não fez exame/Não sabe/Não lembra	<b>TEMDIAB</b>	
---	-----	---	-----	---	-----------------------------------	----------------	--

*(Se NÃO ou NS/NL, passar para a questão 72 - BLOCO L)*

63. DEPOIS QUE DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM DIABETES (A), ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE LHE ORIENTOU?

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	<b>DIEDIAB</b>	
Atividade física	1	Sim	2	Não	<b>AFDIAB</b>	
Remédio/Insulina	1	Sim	2	Não	<b>INSUDIAB</b>	

64. QUEM ORIENTOU AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional
2	Médico	4	Outro profissional	8	Não teve orientação

ORALIDIAB

#### 65. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista. e outro profissional
2	Médico	4	Outro profissional	8	Não teve orientação

ORAFDIAB

#### 66. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?

*Entrevistador: leia as alternativas.*

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação
Remédio / Insulina	1	Sim	2	Não	8	Não teve orientação

SEGALIDIA

SEGAFDIA

SEGREDIA

#### 67. POR QUE NÃO ESTÁ SEGUINDO AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?

1. Os alimentos da dieta são caros	1	Sim	2	Não	8	(segue/não orient.)	tem	ALIDIACAR	<input type="text"/>
2. Não gosta de adoçante	1	Sim	2	Não	8	(segue/não orient.)	tem	ADOCRUIM	<input type="text"/>
3. Sente muita fome	1	Sim	2	Não	8	(segue/não orient.)	tem	DIABFOME	<input type="text"/>
4. A comida não é saborosa	1	Sim	2	Não	8	(segue/não orient.)	tem	ALDIARUIM	<input type="text"/>
5. Outro (especifique):	1	Sim	2	Não	8	(segue/não orient.)	tem	DIEDIAOUT	<input type="text"/>

**68. COMO NORMALMENTE O(A) SR.(A) CONSEGUE A MEDICAÇÃO PARA CONTROLAR A DIABETES?**

1	Unidade de saúde do SUS	4	Outro
2	Farmácia popular (Programa Governo Federal)	8	Não prescrito/Não toma
3	Farmácia convencional	9	Não Sabe/ Não quis responder <b>CMEDDIAB</b>

**69. ATUALMENTE, QUANDO SEU REMÉDIO ACABA E ELE ESTÁ EM FALTA NO SERVIÇO PÚBLICO COMO POSTO DE SAÚDE, HOSPITAL, FARMÁCIA POPULAR, ETC., O(A) SR.(A):**

*Entrevistador: Leia as alternativas.*

1. Pára de tomar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>PAREDIAB</b>
2. Compra, mesmo com dificuldades	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>COMPRDI</b>
3. Pede a amigos/parentes que comprem	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>PEDREDI</b>
4. Pede ao médico para mudar o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>PEDREMU</b>
5. Nunca falta	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>REMDIANF</b>
6. Outros	1	Sim	2	Não	8	NSA (Não usa)	<b>REMDIAOU</b>

**70. SE O SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO O(S) REMÉDIO PRESCRITOS PARA O CONTROLE DO DIABETES ATUALMENTE, POR QUE O(A) SR.(A) NÃO ESTÁ TOMANDO?**

*Entrevistador: Leia as alternativas, pode ter mais de uma resposta.*

1. Médico não renovou receita	1	Sim	2	Não	8	NSA (Está tomando)	<b>MNRRDIA</b>
2. Médico mandou parar	1	Sim	2	Não	8	NSA (Está tomando)	<b>MMPRDIA</b>
3. Porque ficou curado	1	Sim	2	Não	8	NSA (Está tomando)	<b>CURADIA</b>
4. Acabou o remédio	1	Sim	2	Não	8	NSA (Está tomando)	<b>ACREDIA</b>
5. É muito caro	1	Sim	2	Não	8	NSA (Está tomando)	<b>CARREDIA</b>

6. Remédio fez mal	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	<b>MALREDIA</b>	<input type="checkbox"/>
7. Outro (especifique):	<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Está tomando)	<b>OUTREDIA</b>	<input type="checkbox"/>

**71. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DA DIABETES EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE? (PROGRAMA HIPERDIA)**

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe	<b>HIPERDIAB</b>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	----------	------------------	--------------------------

---



profissional

**77. QUEM ORIENTOU A ATIVIDADE FÍSICA?**

1	Educador físico	3	Enfermeiro	5	Nutricionista e outro profissional	<b>ORIAFPESO</b>	<input type="checkbox"/>
2	Médico	4	Outro profissional	8	Sem orientação		

**78. O(A) SR.(A) ESTÁ SEGUINDO ESSAS ORIENTAÇÕES?**

**Entrevistador: leia as alternativas.**

Mudanças na alimentação	1	Sim	2	Não	8	Sem orientação	<b>SEGALIPES</b>	<input type="checkbox"/>
Atividade física	1	Sim	2	Não	8	Sem orientação	<b>SEGAFPES</b>	<input type="checkbox"/>
Uso de medicação	1	Sim	2	Não	8	Sem orientação	<b>SEPREPES</b>	<input type="checkbox"/>

**79. POR QUE NÃO ESTÁ SEGUINDO AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO?**

1. Os alimentos da dieta são caros	1	Sim	2	Não	3	NSA/Sem orientação	<b>ALCAPESO</b>	<input type="checkbox"/>
2. Não gosta de adoçante	1	Sim	2	Não	3	NSA/Sem orientação	<b>ADOCPEPO</b>	<input type="checkbox"/>
3. Sente muita fome	1	Sim	2	Não	3	NSA/Sem orientação	<b>FOMEPEPES</b>	<input type="checkbox"/>
4. A comida não é saborosa	1	Sim	2	Não	3	NSA/Sem orientação	<b>SABOPES</b>	<input type="checkbox"/>
5. Outro (especifique):	1	Sim	2	Não	3	NSA/Sem orientação	<b>NOUTPES</b>	<input type="checkbox"/>

**80. O (A) SR. (A) ESTÁ INSCRITO(A) PARA ACOMPANHAMENTO DO EXCESSO DE PESO OU OBESIDADE EM ALGUMA UNIDADE DE SAÚDE?**

1 Sim      2 Não      3 Não sabe, não lembra      **INSSEPEPES**

**BLOCO L – CÂNCER**

---

**81. ALGUM MÉDICO JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM OU JÁ TEVE CÂNCER?**

1 Sim      2 Não      9 Não sabe/não      **TEVECAN**

lembra

*Se Não ou NS/NL, passe para a questão 85***82. QUAL ERA A LOCALIZAÇÃO DESTE CÂNCER NA ÉPOCA DO DIAGNÓSTICO?**

1	Mama	5	Tireóide	9	Pele
2	Útero	6	Esôfago, Intestino	10	Cabeça/pescoço
3	Ovário	7	Pâncreas, Fígado	11	Outro
4	Próstata	8	Leucemia		

Estomago,

CANCER1

CANCER2

**83. QUAL É / ERA A SUA IDADE QUANDO DISSERAM QUE O(A) SR.(A) TEM/TINHA (ESTE) CÂNCER?**

Anos

Não tem/teve

CANIDAD

**84. O(A) SR.(A) FEZ/ FAZ TRATAMENTO PARA ESTE CÂNCER?**

Sim

Não

Não tem/teve

TRATCAN

**85. ALGUM PARENTE TÊM OU JÁ TEVE CÂNCER?**

1. Pai

Sim

Não

Não sabe

CAPAI

2. Mãe

Sim

Não

Não sabe

CAMAE

3. Avô materno

Sim

Não

Não sabe

CAVOM

4. Avó materna

Sim

Não

Não sabe

CAVAM

5. Avô paterno

Sim

Não

Não sabe

CAVOP

6. Avó paterna

Sim

Não

Não sabe

CAVAP

7. Tio (a)

Sim

Não

Não sabe

CATIAO

8. Irmão/irmã

Sim

Não

Não sabe

CAIRMO

9. Outros:

Sim

Não

Não sabe

CAOUTRO

**BLOCO N – CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA E USO DE HORMÔNIOS****(Apenas para mulheres com 50 anos ou mais. Mulheres < passar para a questão 105)****86- COM QUE IDADE MENSTRUOU PELA 1º VEZ?**

		Anos
--	--	------

99	Não sabe/não lembra
----	---------------------

		IDMENRC
--	--	---------

**87- A SRª JÁ ESTEVE GRÁVIDA?**

1	Sim
---	-----

2	Não
---	-----

	ESTGRV
--	--------

*(SE A RESPOSTA FOR NÃO PASSAR PARA A QUESTÃO 90)***88- COM QUE IDADE ENGRAVIDOU A PRIMEIRA VEZ?**

		anos
--	--	------

88	Não sabe/não lembra
----	---------------------

		IDADGRV
--	--	---------

**89- QUANTAS VEZES ENGRAVIDOU?**

		VEZES (CONTAR COM A GRAVIDEZ ATUAL)
--	--	-------------------------------------

		XGRAVID
--	--	---------

		Gravidez atual
		Abortos (< 28 semanas de gestação)
		Nascidos mortos (≥ 28 semanas de gestação)
		Nascidos vivos
		Mortos após o nascimento
		Vivos atualmente
		Nascidos de parto normal
		Nascidos de parto cesáreo

		GRAV
		ABORTOS
		NASCORTO
		NASCVIVO
		MORTAPOS
		VIVOS
		PNORMAL
		PCESAREO

**90- A SRA., ALGUMA VEZ, FEZ EXAME PREVENTIVO? (para prevenção de câncer de colo)**

1	Sim
---	-----

2	Não
---	-----

3	Não sabe
---	----------

	PREVENT
--	---------

**Se NÃO ou Não sabe, passar para a questão 93****91- QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO?**

Entrevistador: Leia se necessário.

<input type="checkbox"/> 1	Nos últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 3	Mais de 2 anos	<input type="checkbox"/> 8	Não teve relações	<b>QUANPREV</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Entre 1 e 2 anos			<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	

92- NA ÚLTIMA VEZ QUE A SRA. FEZ O EXAME PREVENTIVO, A SRA. USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 3	Não sabe/não lembra	<b>PREVSUS</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	---------------------	---

93- **ALGUMA VEZ FEZ EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE MAMA?**

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	<b>CAMAMA</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	--

*Se NÃO (2) ou Não sabe/lembra, passar para a questão 102.*

94- **SE FEZ EXAME DE PREVENÇÃO CÂNCER DE MAMA, QUAIS O(S) MÉTODO(S) UTILIZADO? (LEIA AS OPÇÕES)**

**Autoexame** (exame que a mulher apalpa a sua própria mama, procurando nódulos ou caroço)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	<b>EXAUTO</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	--

**Exame clínico** (exame no qual o médico ou enfermeiro apalpa as mamas para procurar algum possível problema)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	<b>EXCLINI</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	---

**Ultrassonografia da mama** (exame no qual o médico aplica um gel sobre a mama e observa as imagens numa tela)

<input type="checkbox"/> 1	Sim	<input type="checkbox"/> 2	Não	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/lembra	<b>EXULTRA</b> <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----	----------------------------	-----	----------------------------	-----------------	---

**Mamografia** (exame de raio-x ou chapa

das mamas para detectar algum  
possível  
problema)

1 Sim   
  2 Não   
  9 Não sabe/lembra   
 EXMAMO

**95- COM QUE FREQUÊNCIA EM GERAL A SRA. FAZ O AUTO - EXAME DE MAMA?**

<input type="checkbox"/> 1	Pelo menos 1 vez por mês	<input type="checkbox"/> 3	Mais de 3 meses até 6 meses	<input type="checkbox"/> 6	Só uma vez
<input type="checkbox"/> 2	Mais de 1 mês até 3 meses	<input type="checkbox"/> 4	Mais de 6 meses	<input type="checkbox"/> 8	Não faz/fez
		<input type="checkbox"/> 5	Variável	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe

FREQEXAM

**96. QUANDO UM MÉDICO OU ENFERMEIRO FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS PELA ÚLTIMA VEZ?**

<input type="checkbox"/> 1	Há até 1 ano	<input type="checkbox"/> 5	Mais de 6 anos até 10 anos
<input type="checkbox"/> 2	Mais de 1 até 2 anos	<input type="checkbox"/> 6	Mais de 10 anos
<input type="checkbox"/> 3	Mais de 2 anos até 4 anos	<input type="checkbox"/> 8	NSA (Não fez exame)
<input type="checkbox"/> 4	Mais de 4 anos até 6 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe

ULTEXMAMA

**97- NA ÚLTIMA VEZ QUE UM MÉDICO OU ENFERMEIRO FEZ O EXAME CLÍNICO DAS SUAS MAMAS, A SENHORA ESTAVA SENDO ATENDIDA PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?**

1 Sim   
  2 Não   
  8 Não fez o exame   
 EXCLIMAMA

**98. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ UM ULTRASSOM DE MAMAS?**

<input type="checkbox"/> 1	Há até 1 ano	<input type="checkbox"/> 5	Mais de 6 anos até 10 anos
<input type="checkbox"/> 2	Mais de 1 até 2 anos	<input type="checkbox"/> 6	Mais de 10 anos
<input type="checkbox"/> 3	Mais de 2 anos até 4 anos	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame
<input type="checkbox"/> 4	Mais de 4 anos até 6 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe/não lembra

ULTEXSONO

**99. NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ ULTRASSOM DE MAMAS, USOU O SISTEMA, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?**

1 Sim
                         
  2 Não
                         
  8 Não fez o exame
                         
 **SONOSUS**

**100. QUANDO FOI A ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ UMA MAMOGRAFIA?**

<input type="checkbox"/> 1	Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/> 5	Mais de 6 até 10 anos	<b>ULTIMAMO</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	De 1 a 2 anos	<input type="checkbox"/> 6	Mais de 10 anos	
<input type="checkbox"/> 3	De 2 a 4 anos	<input type="checkbox"/> 8	Não fez exame	
<input type="checkbox"/> 4	De 4 a 6 anos	<input type="checkbox"/> 9	Não sabe	

**101. NA ÚLTIMA VEZ QUE A SENHORA FEZ A MAMOGRAFIA, USOU O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?**

1 Sim
                         
  2 Não
                         
  8 Não fez o exame
                         
 **MAMOSUS**

---

**102. A SRª FEZ LAQUEADURA (ligou as trompas)?**

1 Sim
                         
  2 Não
                         
  8 Não sabe
                         
 **LAQUEA**

**103. A SRA. JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA PARA RETIRADA DE ÚTERO E OVÁRIOS?**

1 Sim
                         
  2 Não
                         
 **CIRURGIA**

**104- SE FEZ ESSE TIPO DE CIRURGIA, A SRA. RETIROU**

<input type="checkbox"/> 1	Só útero	<input type="checkbox"/> 3	Útero e 2 ovários	<input type="checkbox"/> 5	2 ovários	<b>RETIROU</b> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	Útero e 1 ovário	<input type="checkbox"/> 4	Só 1 ovário	<input type="checkbox"/> 8	Não fez cirurgia	

---

**(Apenas para mulheres com 50 anos ou mais. Mulheres < 50 passar para a questão 113)**

**LEIA PARA A ENTREVISTADA:**

**MENOPAUSA É A PARADA DA MENSTRUÇÃO POR PELO MENOS 12 MESES SEGUIDOS.**

**105. A SENHORA JÁ ENTROU NA MENOPAUSA?**

<input type="text" value="1"/> Sim	<input type="text" value="2"/> Não	<input type="text" value="8"/> Não sabe/não lembra	<b>MENOP</b> <input type="text"/>
------------------------------------	------------------------------------	--	-----------------------------------

Se **NÃO**, ou **NÃO SABE**, passar para a questão 113

**106. COM QUE IDADE A SENHORA ENTROU NA MENOPAUSA?**

<input type="text"/> <input type="text"/> Anos	<input type="text" value="99"/> Não sabe/não lembra	<b>IDMENRC</b> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---	--

**107. SE JÁ ENTROU NA MENOPAUSA, FOI NATURAL OU APÓS CIRURGIA PARA RETIRADA DO ÚTERO OU DOS OVÁRIOS?**

<input type="text" value="1"/> Natural	<input type="text" value="2"/> Após cirurgia	<input type="text" value="8"/> Não está na menopausa	<b>MENOP</b> <input type="text"/>
--	--	--	-----------------------------------

OS SINTOMAS DA MENOPAUSA SÃO: ONDAS DE CALOR SEGUIDAS POR ONDAS DE FRIO, SUADEIRA, PALPITAÇÕES, NERVOSISMO, ARDÊNCIA OU SECURA NA VAGINA. ALGUMAS VEZES, OS MÉDICOS RECEITAM MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS. ESSES MEDICAMENTOS, CHAMADOS DE HORMÔNIOS DE REPOSIÇÃO, PODEM SER USADOS EM FORMA DE GEL PARA PASSAR NO CORPO, EM FORMA DE ADESIVO OU EM FORMA DE COMPRIMIDOS OU CREMES VAGINAIS:

**108. A SENHORA USA OU JÁ USOU ALGUM MEDICAMENTO DESTE TIPO?**

<input type="text" value="1"/> Sim	<input type="text" value="8"/> Não entrou na menopausa	<b>USHORMO</b> <input type="text"/>
<input type="text" value="2"/> Não	<input type="text" value="9"/> Não sabe	

**BLOCO O – CÂNCER DE PRÓSTATA (Apenas para homens maiores de 50 anos)**

**109. O SENHOR TEM QUEIXAS OU PROBLEMAS URINÁRIOS (URINA COM DIFICULDADE, URINA MUITAS VEZES NO DIA, URINA COM SANGUE, URINA DE FORMA INCOMPLETA)?**

<input type="text" value="1"/> Sim	<input type="text" value="2"/> Não	<input type="text" value="8"/> NSA (Entrevistado é	<b>URINAPROBL</b> <input type="text"/>
------------------------------------	------------------------------------	--	--

**110. O SENHOR FAZ ANUALMENTE ALGUM EXAME PARA AVALIAR A SITUAÇÃO DA PRÓSTATA?**

<input type="text" value="1"/> Sim	<input type="text" value="2"/> Não	<input type="text" value="8"/> NSA (Não conhece esse	<b>EXCLIPROST</b> <input type="text"/>
------------------------------------	------------------------------------	--	--

**111. SE SIM, QUAL(IS)?**

<input type="text" value="1"/> PSA	<input type="text" value="5"/> USG + TOQUE
------------------------------------	--

2	TOQUE PROST.	6	PSA +USG	9	Não sabe/ não lembra
3	PSA + TOQUE	7	PSA + TOQUE + USG		
4	USG	8	NSA		

**EXPROQUAL****112. SE NÃO, POR QUE? (ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)**

1. Considera desnecessário	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>CDESNECES</b>
2. Dificuldade para realizar pelo SUS	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>CSPNAOEXAM</b>
3. O(s) exame(s) é(são) caro(s)	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>CEXAMECARO</b>
4. Não existe especialista no local	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>CNESPECIALIST</b>
5. Não foi solicitado	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>CEXNAOSOL</b>
6. Outro (especifique):	1	Sim	2	Não	8	Faz exame	9	Não sabe	<b>COUTRPROST</b>

**BLOCO P – CONDIÇÃO FUNCIONAL**

**113. O (A) SR(A) TEM ALGUMA LIMITAÇÃO OU DIFICULDADE PARA FAZER AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (DO DIA A DIA)?**

1 Sim       2 Não       3 Não Sabe/lembra

**(Se Não, passe para a questão 115)**

**114. QUAL OU QUAIS AS SUAS PRINCIPAIS LIMITAÇÕES OU DIFICULDADES?**

1. Cansaço, mal estar geral	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>CANSACO</b>	<input type="checkbox"/>
2. Depressão, ansiedade ou problema	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>DEPREANSIED</b>	<input type="checkbox"/>
3. Dor de cabeça/enxaqueca	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>ENXAQUECA</b>	<input type="checkbox"/>
4. Dificuldade de respirar/condição pulmonar	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>DIFRESPIRAR</b>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade p/ andar, mover membros	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>DIFANDAR</b>	<input type="checkbox"/>
6. Dificuldade p/ movimentar braço, mão	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>DIFMOVER</b>	<input type="checkbox"/>
7. Fraturas ou lesões nas juntas ou	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>FRATURA</b>	<input type="checkbox"/>
8. Problemas de audição	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>AUDICAO</b>	<input type="checkbox"/>
9. Problemas de coluna	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>COLUNA</b>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de visão	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>VISAO</b>	<input type="checkbox"/>
11. Outras limitações (especifique):	<input type="checkbox"/> 1 Sim	<input type="checkbox"/> 2 Não	<input type="checkbox"/> 9 Não sabe	<b>OUTLIMITA</b>	<input type="checkbox"/>

**QUAL É OU SERIA O SERVIÇO MAIS PRÓXIMO QUE O (A) SR(A) UTILIZA OU UTILIZARIA QUANDO TEM OU SE TIVER UM DOS SEGUINTE PROPLEMAS OU, SE PRECISAR FAZER PREVENÇÃO?**

115	116	117	118	119
<b>PROBLEMA/ PREVENÇÃO</b>	<b>SERVIÇO</b> 1. USF 2. UPA 3. POLICLÍNICA 4. HOSPITAL PÚBLICO 5. CLÍNICA PRIVADA 6. HOSPITAL PRIVADO	<b>CIDADE</b> 1.RESIDENCIAL 2.CIDADE PRÓXIMA 3.CAPITAL	<b>MEIO DE TRANSPORTE</b> 1. A pé/bicicleta 2. Animal 3. Carro/ônibus/moto 4. Outros 9. Não sabe	<b>JÁ UTILIZA O SERVIÇO?</b> 1. Sim 2. Não
1. PRESSÃO ALTA				
2. DIABETES				
3. CÂNCER DE COLO OU MAMA				
4. PROBLEMA DO CORAÇÃO				
5. EXCESSO DE PESO				
6. COLESTEROL/TRIGLICERIDEO ELEVADOS				

7. PROBLEMA DE PRÓSTATA				
8. PROBLEMA RENAL				
9. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS				

## ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

(OBS: Excluir gestantes e lactantes)

ALIMENTOS	QUANTAS VEZES VOCÊ COME											UNIDADE			
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
<b>CEREAIS E DERIVADOS</b>															
Arroz															
Arroz integral															
Pão francês branco															
Pão integral															
Pães de forma, pães para hambúrguer ou hot dog, pães doce.															
Bolacha tipo cream cracker															
Bolacha integral															
Milho (cuscutz e outros derivados)															
Macarrão															
Aveia															
<b>RAÍZES E TUBERCULOS</b>	<b>N</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>D</b>	<b>S</b>	<b>M</b>	<b>A</b>
Batata inglesa															
Batata frita															
Batata doce															
Farinha de mandioca															
Macaxeira															
Inhame															
Tapioca															
<b>LEGUMINOSAS</b>	<b>N</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>D</b>	<b>S</b>	<b>M</b>	<b>A</b>
Feijão (mulatinho, carioquinha, preto)															
Feijão verde e macassa															
Soja															
Amendoim natural/ salgado															
Castanhas, nozes, amêndoas															















## ANEXO G – 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? (1) Supermercado (2) Mercadinho (3) Quitanda/ venda (4) Feira/ mercado livre (5) Taberna/ bar/ bodega/ boteco (6) Outro: _____		<b>COMPRAA</b>		
3. Como a família consegue os alimentos para seu consumo? (1) Compra (2) Produção própria (3) Recebe doações (4) Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz		<b>COMOCOM</b>		
4. Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o Sr(a) diria que é: Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/ não respondeu		<b>QUALALM</b>		
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		<b>FALTALI1</b>		
(7) Iogurte (8) Leite ou queijo (9) Biscoitos ou outros alimentos industrializados		<b>FALTALI2</b>		
(10) Todos (00) Nenhum (99) Não sabe/ não respondeu		<b>FALTALI3</b>		

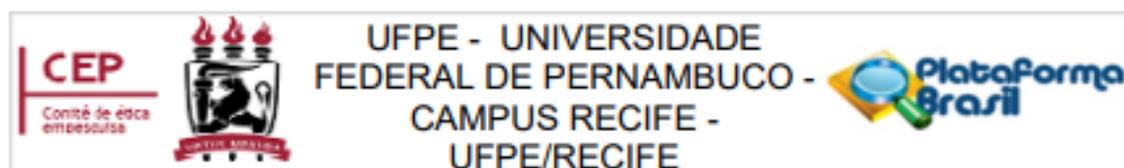
<b>ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)</b>		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
<b>** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?</b>		<b>MENOR18</b>		
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?	<b>SAN1</b>			
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	<b>SAN2</b>			
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	<b>SAN3</b>			
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.	<b>SAN4</b>			

<b>Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código</b>				
<b>(2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA.</b>				
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?	<b>SAN5</b>			
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?	<b>SAN6</b>			
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?	<b>SAN7</b>			
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?	<b>SAN8</b>			
<b>CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA</b>				
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?	<b>SAN9</b>			
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?	<b>SAN10</b>			
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?	<b>SAN11</b>			
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?	<b>SAN12</b>			
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?	<b>SAN13</b>			
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?	<b>SAN14</b>			

<i>A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EBIA</i>				
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				<b>VARIE</b>
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				<b>DIFIC</b>
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				<b>TEMPO</b>
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				<b>PRODUC</b>
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				<b>DIVID</b>
7	Faltou água para cozinhar				<b>AGUAC</b>
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				<b>SEMGAS</b>
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				<b>DOENTE</b>
10	Estou/ estamos em dieta especial				<b>DIETA</b>
11	Outro:				<b>OUTROM</b>

## ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM ADULTOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

**Pesquisador:** MARIANA NATHALIA GOMES DE LIMA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50356021.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.950.339

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de mestrado em nutrição/CCS/UFPE da aluna MARIANA NATHÁLIA GOMES DE LIMA, orientado pela Profª. Dra Vanessa Sá Leal.

Entende-se por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente. Para a garantia da SAN, é imprescindível uma abordagem integral que compreenda também o acesso aos demais direitos básicos: renda, escolaridade, moradia, saúde e outros. Caso contrário, tais direitos podem influenciar na aquisição ou restrição de consumo de alimentos, caracterizando insegurança alimentar e nutricional (IAN) Trata-se de um estudo a ser realizado em base de dados do II Inquérito Estadual Sobre Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (2019). Serão incluídos no estudo todos os dados relativos aos indivíduos com idade entre 20 a 59 anos, residentes na Região Metropolitana do Recife (RMR). Será testado a hipótese sobre a prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional, se esta possui correlação positiva com os determinantes sociais da saúde investigados.

(socioeconômicos, demográficos, comportamentais, de saúde mental, nutricionais)

## ANEXO I – CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS ALIMENTARES DE ACORDO COM O NÍVEL DE PROCESSAMENTO

Classificação de alimentos com base no processamento industrial a que foram submetidos antes de sua aquisição.

Grupo	Definição e características	Exemplos
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados e preparações culinárias à base desses alimentos	Alimentos <i>in natura</i> são aqueles obtidos diretamente de plantas ou de animais (como folhas e frutos ou ovos e leite) e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza. Alimentos minimamente processados são alimentos <i>in natura</i> que, antes de sua aquisição, foram submetidos a alterações mínimas que não adicionam substâncias ao alimento. Limpeza, remoção de partes não comestíveis, fracionamento, secagem, embalagem, fermentação, pasteurização, resfriamento, congelamento, moagem e refinamento são exemplos de processos que transformam os alimentos <i>in natura</i> . As preparações culinárias baseadas nesses alimentos incluem o alimento <i>in natura</i> ou minimamente processado usado como item principal da receita e todos os demais ingredientes, incluindo ingredientes culinários como óleos, gorduras, açúcar e sal, outros alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados (como alho e cebola) e mesmo alimentos processados ou ultraprocessados (como queijos e embutidos) quando são incluídos como itens secundários das preparações culinárias. Essas preparações são feitas em cozinhas domésticas ou de restaurantes tradicionais ou em locais assemelhados.	Legumes, verduras, frutas, batata, mandioca e outras raízes e tubérculos <i>in natura</i> ou embalados, fracionados, refrigerados ou congelados, arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado, milho em grão ou na espiga, grãos de trigo e de outros cereais, feijão de todas as cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas, cogumelos frescos ou secos, frutas secas, sucos de frutas e sucos de frutas pasteurizados e sem adição de açúcar ou de outras substâncias, castanhas, nozes, amendoim e outras oleaginosas sem sal ou açúcar, cravo, canela, especiarias em geral e ervas frescas ou secas, farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e macarrão ou massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água, carnes de gado, de porco e de aves e pescados frescos, resfriados ou congelados, leite pasteurizado, ultrapasteurizado (longa vida) ou em pó, iogurte (sem adição de açúcar, adoçantes ou corantes), ovos, chá, café e água potável.
Alimentos processados	Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de comum uso culinário a alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. São produtos derivados diretamente de alimentos e são reconhecidos como versões dos alimentos originais. As técnicas de processamento desses produtos se assemelham a técnicas culinárias, podendo incluir cozimento, secagem, fermentação, acondicionamento dos alimentos em latas ou vidros e uso de métodos de preservação como salga, salmoura, cura e defumação.	Conservas de hortaliças, milho ou ervilhas, frutas em calda ou cristalizadas, carnes salgadas, peixes enlatados e preservados em óleo, queijos feitos de leite e sal e pães feitos de farinha de trigo, água, leveduras e sal (sem adição de outras substâncias como gordura hidrogenada e aditivos).
Alimentos ultraprocessados	Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e outros aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Técnicas de manufatura incluem extrusão, moldagem e pré-processamento por fritura ou cozimento.	Pães de forma, pães para hambúrguer ou <i>hot dog</i> , pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos, bolachas doces e salgadas, salgadinhos tipo <i>chips</i> , doces industrializados e guloseimas em geral (balas, sorvetes, chocolates), refrigerantes, sucos artificiais, bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, molhos industrializados, margarina, embutidos, pratos industrializados prontos para aquecer, hambúrgueres, <i>hot dog</i> , <i>nuggets</i> de frango ou de peixe, barras de cereal.

Adaptado do Guia Alimentar para a População Brasileira (Ministério da Saúde, 2014).