



Diagnóstico de Insegurança Alimentar e Nutricional entre beneficiários do Programa Bolsa Família participantes de oficina de intervenção nutricional

Elma Lúcia de Freitas Monteiro¹, Cassília Rodrigues de Souza² e Lucinéia de Pinho³

Este estudo buscou descrever a situação de segurança alimentar e nutricional vivenciada por beneficiários do Programa Bolsa Família do Município de Montes Claros (Minas Gerais) participantes de uma oficina de intervenção nutricional. Foram entrevistados 72 beneficiários e obtidas informações sobre idade, renda, escolaridade situação de insegurança alimentar e nutricional, consumo alimentar, avaliação do serviço de saúde, conhecimentos em nutrição e estado nutricional. Foi adotada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional – com 15 questões que refletem a insegurança alimentar em diferentes níveis. Todas as famílias apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar, sendo 48,6%, leve, 34,7%, média e 16,7%, grave. A maioria dos beneficiários (53,5%) classificados com insegurança média apresentou estado nutricional inadequado. Foi verificado o consumo inadequado dos grupos das verduras e legumes (52,6%), leguminosas (53,8%) e cereais (51,6) e sua relação com a insegurança alimentar. Estes resultados reforçam a necessidade de implementação de Políticas Públicas que favoreçam a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional, Bolsa Família, intervenção nutricional.

Nutrition and Food Insecurity of beneficiaries of the *Bolsa Família* Program participating in a workshop on nutrition intervention

This study sought to describe the situation of food security and nutrition experienced by beneficiaries of Bolsa Família in the city of Montes Claros – MG participants of a workshop of nutritional intervention. 72 beneficiaries were interviewed and obtained information on age, income, education, food insecurity and nutrition, food intake, assessment of health care, nutrition knowledge and nutritional status. We adopted the Brazilian Food Insecurity Scale and Nutrition - with 15 questions that reflect food insecurity at different levels. All families had some degree of food insecurity, with 48.6%, mild, 34.7% average and 16.7% severe. Most recipients (53.5%) on average showed insecurity inadequate nutritional status. It was found inadequate intake of groups of vegetables (52.6%), pulses (53.8%) and cereals (51.6) and its relationship to food insecurity. These results reinforce the need to implement public policies that encourage the adoption of healthy eating habits.

Key-words: Food and nutritional security, purse family, intervention.

¹ Nutricionista, Pós- Graduação em Sistemas e Serviços de Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros – MG. *E-mail:* monteiroelma@yahoo.com.br

² Assistente Social, Pós- Graduação em Sistemas e Serviços de Saúde – Universidade Estadual de Montes Claros – MG. *E-mail:* cassilia.social@hotmail.com

³ Professora, Universidade Estadual de Montes Claros – MG. Correspondência: Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia, Montes Claros, MG, Brasil. CEP: 39401-089. Telefone: (38) 3229-8292. *E-mail:* lucineiapinho@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A alimentação constitui um direito humano básico, representando um requisito para a legitimação de todos os outros direitos inerentes ao próprio conceito e exercício de cidadania, previsto na Constituição Federal de 1988 [1].

A definição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é sobremodo abrangente, e consiste no direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentação saudável em qualidade e quantidade, de forma a atender suficientemente as necessidades energéticas individuais com respeito aos hábitos e a cultura de cada um, sem comprometer o lazer, saúde e educação, e assim, proporcionando ao indivíduo uma vida com dignidade. Por outro lado, a insegurança alimentar abrange desde a falta do acesso aos alimentos, à preocupação e a ansiedade da família em relação à obtenção de alimentos, perpassando pelo comprometimento da qualidade e quantidade da dieta de adultos e crianças [2].

Visando, entre outros direitos, a garantia de SAN, o Governo Federal por meio do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) criou o Programa Bolsa Família (PBF) que tem como propósito o combate à fome e a promoção da segurança alimentar e nutricional. O PBF é um programa de transferência direta de renda, com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza [3].

Os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, são focalizados e tem um papel importante na redução da pobreza no Brasil no período recente. Porém, mesmo com os avanços observados na diminuição das desigualdades sociais no Brasil, ainda é grande o contingente de pessoas que vivem em situação de insegurança alimentar, onde esta situação é detectada a partir de diferentes tipos de problemas como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação e consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde [4].

O novo desafio que se coloca é a necessidade de aprimorar a Política atual para combater os problemas decorrentes da nova face da insegurança alimentar, pois se a fome e a desnutrição vêm saindo de cena da conjuntura brasileira, a obesidade e o sobrepeso estão ganhando proporções alarmantes, com graves consequências ao sistema de saúde do país [5].

A intervenção nutricional oportuna favorece a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis. Entretanto, o maior desafio no trabalho intervencional é a abordagem a ser adotada. Na perspectiva de Paulo Freire, a educação constitui um processo de mediação emancipatória que permite a formação do pensamento crítico reflexivo, construído, problematizado e não apenas aplicado e consumido, tal como na 'educação bancária' que fornece as respostas prontas ao transmitir o saber. A postura crítico reflexiva possibilita a busca em profundidade para a análise dos problemas [6].

Nesse sentido, considerando a necessidade de se conhecer o perfil dos beneficiários do PBF, para a adoção de medidas de intervenção nutricional apropriadas, esse estudo teve como objetivo principal diagnosticar a situação de insegurança alimentar e nutricional entre beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) participantes de uma oficina de intervenção nutricional.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de intervenção nutricional realizado em dezembro de 2011 com beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) do município de Montes Claros (Minas Gerais).

Os beneficiários foram selecionados pelos Centros de Referência em Assistência Social – CRAS. O município de Montes Claros está dividido em 10 polos regionais urbanos e um polo rural, e cada polo conta com a atenção de uma unidade do CRAS, que apoia as famílias beneficiárias, buscando, dentre outras atividades, a inserção em projetos de geração de renda e segurança alimentar e nutricional.

Cada CRAS selecionou até 10 pessoas, adotando como critérios, a situação de maior vulnerabilidade social familiar e a titularidade do cartão. Para diminuir o número de faltosos, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social disponibilizou um ônibus, que transportou os participantes do CRAS de sua referência até o local do evento. O CRAS da zona rural não participou da seleção devido à dificuldade de locomoção do público até o local do evento. O estudo iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das Faculdades Integradas do Norte de Minas FUNORTE/SOEBRAS (Protocolo nº 01736/11) e integraram o estudo somente os beneficiários que aceitaram participar e assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O trabalho foi estruturado em duas etapas: coleta de dados e intervenção educativa.

1ª etapa: Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual por acadêmicos de nutrição devidamente treinados e aptos a realizarem tal função. Foram investigadas informações sobre: situação de insegurança alimentar e nutricional, consumo alimentar, avaliação do serviço de saúde, conhecimentos em nutrição, estado nutricional.

Avaliação da (In) Segurança Alimentar e Nutricional

Para diagnóstico da situação de (in) segurança alimentar foi adotada a Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar – EBIA. A EBIA é um instrumento validado cientificamente e utilizado em todo território nacional. Além disso, é de fácil aplicação, de compreensão universal e de baixo custo. É constituído por 30 questões, sendo 15 perguntas e suas 15 respectivas sequências quando a resposta ao item é afirmativa. São 8 perguntas relativas, exclusivamente, aos adultos da família. São 7 perguntas relativas, exclusivamente, aos menores de 18 anos da família. Quando não existem menores de 18 anos na família todas as 15 perguntas foram dirigidas ao titular do cartão. As perguntas são relativas à percepção do entrevistado sobre a situação alimentar vivida nos três últimos meses anteriores a entrevista, e cada pergunta central era complementada por uma pergunta sobre a frequência com que o evento afirmativo ocorria [7].

Atribuiu-se para cada resposta afirmativa ao questionário o valor 1 (um) e, para cada negativa o valor 0 (zero). O escore para a classificação das famílias que tinham menores de 18 anos tem amplitude teórica de 0 a 15 pontos. Nesses casos, a soma dos escores resultantes foi classificada em quatro níveis: 0 (zero), segurança alimentar; 1 a 5, insegurança alimentar leve (IAL); 6 a 10, insegurança alimentar moderada (IAM); e 11 a 15, insegurança alimentar grave (IAG). Para as famílias que não possuem menores de 18 anos, a classificação em quatro níveis a partir da soma dos escores resultantes foi: 0 (zero), segurança alimentar (SA); 1 a 3, insegurança alimentar

leve (IAL); 4 a 6, insegurança alimentar moderada (IAM); e 7 a 8, insegurança alimentar grave (IAG).

Investigação sobre o Consumo Alimentar

Para investigação sobre consumo alimentar foi utilizado o Questionário de Marcadores do Consumo Alimentar do SISVAN para adultos. Trata-se de 18 perguntas objetivas sobre o consumo dos grupos alimentares: 1) cereais, pães, tubérculos e raízes; 2) frutas; 3) hortaliças; 4) leguminosas; 5) carnes e ovos; 6) leite e produtos lácteos; 7) açúcares e doces e 8) óleos e gorduras, além da investigação sobre a prática de atividade física, ingestão de água, leitura de rótulos, hábito de retirar gordura aparente das carnes, tipo de óleo ou gordura utilizado em casa, acréscimo de sal à preparação e número de refeições.

O consumo dos oito grupos alimentares foi analisado com base na recomendação da Pirâmide Alimentar Adaptada à População Brasileira. Os resultados foram agrupados em: adequado e inadequado. O consumo adequado refere-se à ingestão dentro dos limites recomendados pela pirâmide, e o consumo inadequado diz respeito à ingestão superior ou inferior às porções recomendadas.

Avaliação dos Serviços de Saúde

Para avaliação dos Serviços de Saúde foi adotado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) – na versão brasileira destinada a adultos maiores de 18 anos (*PCATool – Brasil versão Adulto*). Esse instrumento mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e de dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da Atenção Primária à Saúde (APS) e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde [8].

Neste estudo foi avaliado o grau de afiliação e acesso de primeiro contato – utilização e acessibilidade – dos beneficiários à atenção primária. A entrevista contou, dessa forma, com três questões sobre grau de afiliação, três sobre acesso de primeiro contato – utilização, e doze sobre acesso de primeiro contato – acessibilidade. As respostas obtidas são do tipo *Likert*, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim”

(valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). O escore final de cada um desses atributos é dado pela média das respostas de seus itens.

O grau de afiliação do beneficiário/profissional de saúde foi calculado mediante a utilização de um algoritmo estruturado de acordo com as diferentes possibilidades de respostas às três perguntas iniciais, conforme se apresenta a seguir:

Grau de afiliação = 1:

- Todas as respostas NÃO:

Pergunta 1 = Pergunta 2 = Pergunta 3 = NÃO

Grau de afiliação = 2:

- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:

Pergunta 1 = Pergunta 2 = Pergunta 3 = NÃO

Grau de afiliação = 3:

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

Pergunta 1 = Pergunta 2 ou Pergunta 1 = Pergunta 3 ou Pergunta 2 = Pergunta 3 e iguais a SIM

Grau de afiliação = 4:

- Todas as respostas SIM, todas relativas ao mesmo serviço:

Pergunta 1 = Pergunta 2 = Pergunta 3 = SIM

Foram considerados serviços com alto escore de Atenção Primária à Saúde aqueles que obtiveram valor do escore maior ou igual a 6,6.

Avaliação dos conhecimentos em nutrição

Para verificação dos conhecimentos em nutrição, foi elaborado um questionário composto por 15 questões, com respostas fechadas e peso individual de 1 ponto para cada acerto, categorizadas em 4 grupos: 1) Direito Humano à alimentação adequada e

SAN; 2) Funções dos alimentos; 3) Higiene e 4) Aproveitamento integral dos alimentos. Na aplicação do teste de conhecimento, optou-se pela leitura das questões individualmente. As questões elaboradas foram:

- Ter direito humano à alimentação adequada significa desfrutar de uma alimentação saudável e estar livre da fome e da má-nutrição.

- Segurança alimentar e nutricional (SAN) consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos em quantidade suficiente, não importando a qualidade destes.

- Ser obeso significa ser uma pessoa bem nutrida.

- As proteínas são importantes para a construção de tecidos do organismo e os carboidratos e as gorduras fornecem energia para as atividades do dia-a-dia.

- Quanto mais colorida for a refeição mais nutritiva ela será.

- O lixo despejado a céu aberto atrai insetos, roedores e microorganismos (micróbios) que podem provocar uma série de doenças ao homem, além de levar à contaminação de alimentos, animais e do meio ambiente.

- Quando comemos frutas ou verduras cruas devemos limpar bem, utilizando com um pano de prato, antes de comer.

- Água potável é como chamamos a água que pode ser consumida por pessoas e animais sem riscos de adquirirem doenças.

- Os microorganismos são encontrados apenas no homem e nos animais.

- A transferência de microorganismos pode ocorrer por diversas fontes, como utensílios, equipamentos, manipuladores e o próprio alimento.

- São considerados alimentos perecíveis aqueles que devem ser mantidos em condições especiais de temperatura para sua conservação, pois pode ocorrer o desenvolvimento de microorganismos se não forem guardados na temperatura recomendada pelo fabricante.

- Comprar frutas, verduras e legumes que estão em safra garante que eles estejam mais saborosos e frescos e que os preços estejam mais baixos.

- As mãos são uma importante fonte de contaminação dos alimentos, por isso devemos higienizá-las sempre que estiver sujas, ir ao banheiro, espirrar e tossir ou tocar em outras partes do corpo.

- Os talos e folhas das verduras e frutas que normalmente desperdiçamos são ricos em fibras.

- As fibras são importantes para o controle do peso e redução do colesterol do sangue.

Avaliação antropométrica

Para obtenção dos dados sobre estado nutricional, foram coletados o peso e a altura. O peso foi aferido em Balança Eletrônica portátil com precisão de 100 gramas e capacidade máxima de 150 kg. Para a altura foi utilizado antropômetro portátil com precisão de 0,1 cm e altura máxima de 2,13 m. A classificação do estado nutricional foi feita a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) e adotaram-se os pontos de corte estabelecidos pelo Ministério da Saúde [9].

Avaliação socioeconômica

Foi elaborado levantamento, mediante adoção de questionário próprio, dos dados referentes à idade, escolaridade e renda familiar. A idade foi avaliada em anos completos e os dados categorizados em dois grupos: entre 18 e 39 anos e maiores de 40 anos. Para escolaridade, foi computado os anos de estudo, excluindo-se as repetências, e considerando a última série concluída com aprovação. Os resultados foram divididos em: 0 a 3 anos de estudo e mais de 4 anos. A renda familiar foi obtida em salário mínimo (SM) e os dados categorizados entre os que têm renda menor que 1(um) SM e maior ou igual a 1 (um) SM.

2ª etapa: Intervenção Educativa

O Curso de capacitação sobre “Utilização de alimentos Norte Mineiros e aproveitamento integral

dos alimentos” integra o Planejamento Anual das Ações de Alimentação e Nutrição do município de Montes Claros e foi direcionado aos beneficiários do PBF.

O curso teve carga horária total de 8 horas, sendo igualmente dividida em teoria e prática. O planejamento do conteúdo das aulas teóricas baseou-se na demanda das famílias beneficiárias do município, obtida através de reuniões realizadas pelo CRAS de referência com a comunidade e, foi aprimorada com o auxílio de Educadores, Nutricionistas e Assistentes Sociais.

A atividade prática consistiu no preparo de receitas previamente selecionadas com base nos alimentos mais utilizados na região, tempo e utensílios disponíveis para o preparo.

As atividades educativas adotaram a metodologia problematizadora, partindo da prática cotidiana dos participantes, possibilitando a transformação da prática pessoal e social. A pedagogia problematizadora fundamenta-se nas concepções da educação crítico-reflexiva, buscando uma proposta de trabalho significativa para o educando, condição para a mobilização para o conhecimento [10].

Para organização das atividades, os participantes foram divididos em 5 turmas de 20 alunos, evitando turmas lotadas que pudessem causar constrangimento, timidez e desconforto para o público. Dentre os métodos didáticos utilizados, destaca-se: apresentação de vídeo, músicas, exposição dialogada, demonstrações, confecção e exposição de cartazes. É importante destacar que, durante as aulas teóricas, o público estava disposto em círculo facilitando a comunicação e tornando o processo educacional mais dinâmico e bilateral. Os temas e as técnicas utilizadas no curso estão dispostos na Tabela 1, mostrada na sequência.

Tabela 1. Descrição dos métodos utilizados nas abordagens teóricas e práticas do Curso de capacitação sobre “Utilização de alimentos Norte Mineiros e aproveitamento integral dos alimentos”.

TEORIA
Foi solicitado que os participantes informassem os alimentos e preparações mais consumidas por eles, destacando os alimentos típicos da região do Norte de Minas. Os alimentos citados foram estudados em uma roda de conversa de acordo com valor nutritivo e funções.
A pirâmide alimentar foi apresentada com auxílio de um banner. Buscou-se inserir na pirâmide, os alimentos mencionados pelo grupo na atividade anterior.
Uma exposição dialogada abordou as questões das Doenças Transmitidas por Alimentos (DTAs), destacando as formas de contaminação e os riscos para a saúde.
Foram exibidas figuras com situações que abordavam a manipulação de alimentos, higiene pessoal, higiene ambiental e higiene do manipulador de alimentos. Os participantes eram estimulados a descrever se a situação mostrada estava adequada e justificar.
Os participantes do curso foram divididos em 4 grupos e convidados a elaborar/confeccionar um símbolo para a capacitação. Optou-se por deixar o público livre, permitindo que fossem feitos cartazes, músicas, peças de teatro, etc.

PRÁTICA
Foi realizada demonstração de procedimento de sobre higiene pessoal e dos alimentos. Em seguida, os participantes foram divididos em 4 grupos para o preparo das receitas selecionadas.
Os grupos iniciaram o trabalho, fazendo a higienização conforme demonstração. Em seguida, organizaram as bancadas com os ingredientes necessários ao preparo das receitas. Cada grupo preparou apenas uma receita.
Após o preparo das receitas, cada grupo apresentava seu prato, relatando o modo de preparo. O monitor destacava a importância econômica e nutricional da utilização integral dos alimentos, enfatizando os nutrientes presentes em cada preparação. Em seguida, as preparações eram degustadas.

Análise estatística

Para análise de associação entre grau de IA e demais variáveis, os dados foram agrupados em: segurança alimentar (SA), insegurança alimentar leve (IAL) e insegurança alimentar moderada e grave (IAMG). A adoção de três categorias, juntando o nível moderado com o grave, deve-se ao número reduzido de famílias em algumas estratificações de variáveis na análise dos dados.

A associação entre IA segundo as variáveis, socioeconômicas, estado nutricional, consumo alimentar, conhecimentos em nutrição e acesso ao serviço de saúde, foi analisada pelo teste qui-quadrado,

sendo essas variáveis dicotomizadas para avaliação em tabela de contingência 2x2. A magnitude dessa associação foi estimada pelo cálculo da razão de chance (OR) e respectivo intervalo de confiança (IC95%). Os testes foram realizados com o programa SPSS versão 18.0, com probabilidade de erro alfa de 5%.

RESULTADOS

Dentre os 100 beneficiários selecionados, 72 participaram do estudo. As famílias foram classificadas quanto à situação de insegurança alimentar e nutricional e os resultados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de acordo com a situação de insegurança alimentar.

Situação	Número	Proporção (%)
<i>Insegurança Alimentar (IA)</i>		
Insegurança alimentar leve (IAL)	35	48,6
Insegurança alimentar moderada (IAM)	25	34,7
Insegurança alimentar grave (IAG)	12	16,7
Total	72	100,0

Nenhuma família investigada encontrava-se em situação de SAN. Todas as famílias apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar (IA), sendo que a maior parte (48,6%), apresentava Insegurança Alimentar Leve (IAL), seguida de 34,7% em Insegurança Alimentar Média (IAM) e 16,7% em situação de Insegurança Alimentar Grave (IAG).

A tabela 3 apresenta as características sociodemográficas da população estudada. A idade dos entrevistados variou entre 18 e 62 anos, com média de 36,8. A maioria dos entrevistados tem mais de 4 anos de estudos (70,9%) e 50% possuem renda familiar maior ou igual a um salário mínimo.

Tabela 3. Distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família do município, de acordo com algumas variáveis sociodemográficas e situação de insegurança alimentar.

Variável/Categorias	Total		IAL		IAM + IAG		<i>p</i> *	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			
<i>Idade</i>									
18 a 39 anos	47	65,3	26	55,3	21	44,7	1,726	2,201	0,811-5,976
>40 anos	25	34,7	9	36,0	16	64,0			
<i>Escolaridade</i>									
0 – 3 anos	21	29,1	9	42,9	12	57,1	0,135	1,387	0,498-3,860
>4 anos	51	70,9	26	51,0	25	49,0			
<i>Renda familiar</i>									
<1 salário mínimo	36	50,0	20	55,6	16	44,4	0,890	0,571	0,225-1,453
≥1 salário mínimo	36	50,0	15	41,7	21	58,3			

* OR = razão de chance (bruta); IC = intervalo de confiança.

Foi analisado ainda o grau de conhecimento em nutrição e o estado nutricional dos participantes. Os dados, apresentados na tabela 4, mostraram que a maioria do público (52,8%) não possui conhecimento adequado no que diz respeito às questões de alimentação e nutrição. Não houve diferença estatística significativa para esta variável e a situação de IA ($p > 0,05$).

O estado nutricional dos avaliados mostrou relação estatisticamente significativa com a situação de IA ($p < 0,05$), sendo que a maior parte dos beneficiários em situação de IAMG (53,5%) apresentou estado nutricional inadequado. Neste estudo, a totalidade dos participantes classificados como inadequados, foram classificados com sobrepeso ou obesos.

Tabela 4. Distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de acordo com estado nutricional e conhecimento em nutrição e situação insegurança alimentar.

Variável/Categorias	Total		IAL		IAM + IAG		p*	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			
<i>Estado nutricional</i>									
Inadequado	43	59,7	20	46,5	23	53,5	0,037	1,230	0,480-3,164
Eutrófico	29	40,3	15	51,7	14	48,3			
<i>Conhecimento em Nutrição</i>									
Inadequado	38	52,8	16	42,1	22	57,9	0,868	0,574	0,226-1,462
Adequado	34	47,2	19	55,9	15	44,1			

* OR = razão de chance (bruta); IC = intervalo de confiança.

A distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de acordo com variáveis de

consumo alimentar e situação de insegurança alimentar está descrita na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de acordo com variáveis de consumo alimentar e situação insegurança alimentar leve (IAL) e insegurança moderada e grave (IAM+ IAG).

Variável/Categorias	Total		IAL		IAM + IAG		p*	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			
<i>Nº de refeições/ dia</i>									
>4	38	52,8	17	44,7	21	55,3	0,211	0,720	0,284-1,821
<3	34	47,2	18	52,9	16	47,1			
<i>Leite e Derivados</i>									
Adequado	16	22,2	10	62,5	6	37,5	0,954	2,067	0,660-6,469
Inadequado	56	77,8	25	44,6	31	55,3			
<i>Doces</i>									
Adequado	60	83,3	29	48,3	31	51,7	0,000	0,935	0,271-3,232
Inadequado	12	16,7	6	50,0	6	50,0			
<i>Frutas</i>									
Adequado	11	15,3	8	72,7	03	27,3	1,991	3,358	0,812-13,890
Inadequado	61	84,7	3		34				
<i>Verduras e Legumes</i>									
Adequado	53	73,6	26	49,1	27	50,9	0,000	1,070	0,375-3,055
Inadequado	19	26,4	9	47,4	10	52,6			
<i>Leguminosas</i>									
Adequado	64	63,9	23	50,0	23	50,0	0,005	1,167	0,445-3,058
Inadequado	26	36,1	12	46,2	14	53,8			
<i>Carnes</i>									
Adequado	22	30,6	14	63,6	8	36,4	2,062	2,417	0,859-6,799
Inadequado	50	69,4	21	42,0	29	58,0			
<i>Gorduras</i>									
Adequado	60	83,3	29	48,3	31	51,7	0,000	0,935	0,271-3,232
Inadequado	12	16,7	06	50,0	6	50,0			
<i>Cereais</i>									
Adequado	41	56,9	20	48,8	21	51,2	0,000	1,016	0,399-2,583
Inadequado	31	43,1	21		16				

*OR = razão de chance (bruta); IC = intervalo de confiança

Sobre o número de refeições, 52,8% relataram fazer mais de 4 refeições/dia e 47,2, menos de 3 refeições diárias. Para esta variável não foi

encontrada diferença estatística significativa com a situação de IA.

O consumo dos grupos de leite e derivados, frutas e carnes mostrou-se inadequado para 77,8%, 84,7% e 69,4% dos entrevistados, respectivamente. Também não houve diferença estatística significativa entre as variáveis.

Foi identificada associação estatisticamente significativa entre o consumo dos grupos de alimentos: doces, verduras e legumes, leguminosas, gorduras e cereais e níveis de insegurança alimentar mostrou.

Tabela 6. Distribuição das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família de acordo com o grau de afiliação, utilização e acessibilidade à atenção primária.

Variável/Categorias	Total		IAL		IAM + IAG		p*	OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%			
<i>Grau de afiliação</i>									
>6,6	50	69,4	23	46,0	27	54,0	0,170	0,710	0,259-1,943
<6,6	22	30,6	12	54,5	10	45,5			
<i>Utilização</i>									
>6,6	58	80,6	26	44,8	32	55,2	1,019	0,451	0,135-1,513
<6,6	14	19,4	9	64,3	5	35,7			
<i>Acessibilidade</i>									
>6,6	11	15,3	2	18,2	9	81,8	3,482	0,189	0,038-0,946
<6,6	61	84,7	33	54,1	28	45,9			

* OR = razão de chance (bruta); IC = intervalo de confiança

A Tabela 6 apresenta o grau de afiliação, a utilização e acessibilidade dos entrevistados aos serviços de atenção primária à saúde. A análise de associação entre estas variáveis e a situação de IA não mostrou relação estatística significativa.

DISCUSSÃO

A alta prevalência de IA encontrada no presente estudo pode estar relacionada ao fato da amostra estudada ser composta exclusivamente de beneficiários do PBF que, pelos critérios de inclusão do programa, são famílias em situação de pobreza e extrema pobreza além da seleção dos participantes, que teve como um dos critérios, a condição de maior vulnerabilidade social.

A média nacional de IA no Brasil analisada pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD/2004) foi inferior à prevalência de IA entre beneficiários de Programas de Transferência de Renda identificada na presente pesquisa [11,12]. Outros estudos que também avaliaram populações em situação de maior vulnerabilidade social encontraram resultados similares. Em uma comunidade quilombola, apenas 14,9% estavam em situação de SAN e, entre famílias acompanhadas pela Pastoral da Criança em região de

alta vulnerabilidade social da cidade de São Paulo, 12% encontravam-se em situação de SAN [13,14]. Em estudo na mesma região (norte de Minas Gerais) envolvendo usuários do PBF observou-se que 72% apresentaram insegurança alimentar [15].

Os dados apresentados podem levantar a hipótese de baixa eficiência do Programa, entretanto deve ser levado em consideração que esse público possui outras condições de vulnerabilidade que poderiam reduzir o impacto da transferência de renda. Além disso, no presente estudo, não foi considerado o tempo de vínculo ao programa, fator que contribui para melhoria das condições de SAN.

Uma análise sobre a PNAD revelou que a cada 10 reais de acréscimo na renda familiar, por meio do BF, aumenta em 8% a chance de segurança alimentar, demonstrando a influência do benefício na situação de SAN [16].

No que diz respeito aos graus de insegurança alimentar, todos os trabalhos estudados corroboram com esta pesquisa, apresentando valores decrescentes de IAL a IAG. Essa progressão reflete a compreensão de que, num primeiro momento, ocorre a preocupação quanto à capacidade em obtenção dos

alimentos, seguida do comprometimento da qualidade dos alimentos num esforço para manter a quantidade necessária. E, por último ocorre a redução da quantidade consumida, inicialmente para os adultos e, na situação mais grave, para crianças [17].

Para as variáveis socioeconômicas, não foram encontradas relações estatisticamente significativas com a situação de IA ($p < 0,05$).

De acordo com O Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), 85% dos titulares do PBF têm entre 18 e 39 anos de idade. Dados semelhantes foram obtidos entre beneficiários no município de Curitiba (Paraná), com uma média de idade de 36,4 e, contrariamente ao presente estudo, cerca de 75% dos avaliados possuíam ensino fundamental incompleto (menos de 4 anos de escolaridade) [18,19].

A análise acerca do conhecimento em nutrição por parte dos beneficiários do PBF ratifica a importância da realização de oficinas para discussão das questões de alimentação e nutrição. A produção de informações é útil para orientar a tomada de decisões e proporcionar autonomia ao indivíduo. Nesse sentido, educação alimentar e nutricional, na perspectiva do DHAA e da SAN, desempenha uma função estratégica para a promoção de hábitos alimentares saudáveis [20].

No que diz respeito ao estado nutricional, a alta prevalência de obesidade encontrada e sua relação com a IA demonstram a situação de transição nutricional que vive o Brasil, independente do nível de renda, mostrando relação estreita entre pobreza e obesidade [21].

Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/2008-2009) mostram que a prevalência de obesidade aumentou nos menores estratos de renda, tanto em homens quanto em mulheres, tendo esse aumento ocorrido mais no Nordeste do que na região Sul [22].

Dados semelhantes foram encontrados em estudos com população de baixa renda no nordeste do Brasil (41,2% sobrepeso/obesidade), entre famílias beneficiárias do PBF em Curitiba (56% sobrepeso/obesidade) e em investigação do estado nutricional entre pessoas em situação de IA em Pelotas, Rio Grande do Sul (70% sobrepeso/obesidade) [19,23,24].

A preocupação com as repercussões da obesidade nos grupos menos favorecidos impõe o aprofundamento teórico sobre sua dinâmica e o delineamento de políticas públicas mais eficazes para a prevenção e o controle da enfermidade nesses segmentos [25].

O consumo inadequado dos grupos das verduras e legumes (52,6%), leguminosas (53,8%) e cereais (51,6) pelas famílias em situação de IAMG, revela importante tendência de associação entre inadequação da ingestão e IAMG. A maioria dos entrevistados em IAMG refere consumo adequado do grupo dos doces (51,7%) e das gorduras (51,7%).

A ingestão inadequada dos grupos alimentares compromete a qualidade da dieta. A dieta adequada deve conter quantidades suficientes de todos os grupos alimentares, sendo que, qualquer excesso ou insuficiência de consumo se caracterizam em inadequação alimentar, podendo acarretar prejuízos à saúde das pessoas [26].

Em uma visão mais ampla, destaca-se o próprio conceito de SAN, que visa a garantia de acesso aos alimentos, em qualidade e quantidade suficientes e, reforça-se a necessidade de estratégias intersetorializadas que visem a promoção de hábitos alimentares saudáveis e orientação de consumo [27].

A análise de associação entre estas variáveis e a situação de IA não mostrou relação significativa. O grau de afiliação (69,4%) e utilização (80,6%) revelou, para a maioria dos entrevistados, resultado satisfatório, indicando que há relacionamento pessoal do entrevistado como serviço de saúde ou o profissional (médico ou enfermeiro) e que há um serviço de saúde referenciado pelo entrevistado, mostrando semelhanças com outros estudos realizados no país adotando o mesmo instrumento na versão infantil [28].

Já no que diz respeito à acessibilidade, a maioria dos entrevistados (84,7%) demonstrou não ter facilitado o acesso ao serviço de saúde. Estes resultados, em consonância com outros estudos demonstram as dificuldades para agendamento de consultas e atendimentos, indicando que há entraves que dificultam o acesso aos serviços de saúde [29].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as famílias integrantes da pesquisa apresentaram algum grau de insegurança alimentar e nutricional, resultados muito semelhantes aos valores médios obtidos para a situação nacional. Dentre as variáveis avaliadas, o estado nutricional, o consumo alimentar de doces, legumes e verduras, leguminosas, gorduras e cereais mostrou relação estatisticamente significativa com a insegurança alimentar e nutricional. O estudo possibilitou uma avaliação do Programa Bolsa Família e sua possível relação com a insegurança alimentar e nutricional da população, mostrando a necessidade de Políticas Públicas voltadas para o combate à fome e vulnerabilidade social, sem deixar de lado a crescente necessidade de implementação de programas de intervenção nutricional que propiciem a tomada de conhecimentos sobre alimentação, que favoreçam ao sujeito a participação consciente na tomada de decisão acerca de sua alimentação, favorecendo, entre outros aspectos, a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 5 out. 1998.
- [2] Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR). Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar: textos de referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR); 2004. 80 p.
- [3] Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Plano Brasil Sem Miséria: relatório de informações sociais: Brasília, 2006 [acesso em 14 dez 2013]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>
- [4] Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR). III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: documento base. Brasília: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BR); 2007. 39 p.
- [5] Custódio MB, Furquim NR, Santos GM, Cyrillo DC. Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. *Segur Aliment Nutr.* 2011;18(1): 1-10.
- [6] Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005. 213 p.
- [7] Segall Corrêa AM (Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP). Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação: urbano/rural. Campinas: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2004. 35 p.
- [8] Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Practice.* 2001;50(2):161-75.
- [9] Ministério da Saúde (BR). *Vigilância alimentar e nutricional – Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2004. 119 p. (Série A: normas e manuais técnicos)
- [10] Ministério da Saúde (BR). *Rede Amamenta Brasil: caderno do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2009. 118 p.
- [11] Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (BR). *Relatório de condicionalidades do Programa Bolsa Família: 1ª semestre de 2010*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR); 2010. 58p.
- [12] Hoffmann R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD de 2004. *Segur Aliment Nutr.* 2008;15(1):49-61.
- [13] Monego ET, Peixoto MRG, Cordeiro MM, Costa RM. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. *Segur Aliment Nutr.* 2010; 17(1):37-47.
- [14] Pereira DA, Vieira VL, Fiore EG, Cervato-Mancuso AM. Insegurança alimentar em região de alta vulnerabilidade social da cidade de São Paulo. *Segur Aliment Nutr.* 2006; 13(2):34-42.
- [15] Nunes TS, Cruz JMG, Pinho L. Avaliação da segurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Nutrire.* 2014;39(2):233-42.
- [16] Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L, Pérez-Escamilla RH, Pacheco LMS, Souza RP. A transferência de renda no Brasil e a insegurança alimentar; analisando a PNAD 2004. *Rev Nutri.* 2008; 21 Supl:39-51.
- [17] Radimer K, Olson C, Greene J, Campbell C, Habicht JP. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ.* 1992;24 Supl:36-45.

- [18] Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas: documento síntese. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; 2008. 20p.
- [19] Lima FEL; Rabito EI; Dias MRMG. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. Rev Bras Epidemiol. 2011;14(2):198-206.
- [20] Santos LAS. O que fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Cienc Saude Colet. 2012;17(2):455-62.
- [21] Barbosa JM, Cabral PC, Lira PIC, Florêncio TMMT. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda no nordeste brasileiro. Arch Latinoam Nutr. 2009;59(1):22-9.
- [22] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. 121 p.
- [23] Oliveira JS, Lira PIC, Maia SR, Sequeira LAS, Amorim RCA, Filho MB. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de Gameleira, zona da mata do Nordeste brasileiro. Rev Bras Saude Mater Infant. 2010;10 (2):237-45.
- [24] Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. Cad Saude Publica. 2010;26(1):41-9.
- [25] Coutinho JG; Gentil PC; Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad Saúde Pública. 2008;24 Supl 2:332-40.
- [26] Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2005. 236p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- [27] Ferreira VA, Silva AE, Rodrigues CAA, Nunes NLA, Vigato TC, Magalhães R. Desigualdade, pobreza e obesidade. Cienc Saude Colet. 2010;15 Supl 1: 1423-32.
- [28] Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. Rev Bras Saude Mater Infant. 2011;11(3):323-34.
- [29] Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (BR); 2006. 215 p. (Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saude, 10).