

INSEGURANÇA ALIMENTAR NAS FAMÍLIAS SOB COBERTURA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Fernanda M. Gassen Berlt¹, Francisca M. A. Wichmann²

RESUMO

A Segurança Alimentar e Nutricional pode ser entendida como a garantia ao direito de todos do acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas saudáveis e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, nem o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. Essa garantia está ameaçada devido às constantes altas dos preços dos alimentos. Conseqüentemente, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de insegurança alimentar em famílias com crianças menores de 60 meses e descrever seu perfil sociodemográfico. Foram estudadas famílias com membros menores de 60 meses (n = 81), selecionadas a partir do prontuário da Estratégia Saúde da Família, no período de junho a setembro de 2007. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, versão brasileira do módulo de insegurança alimentar do *United States Department of Agriculture*, foi utilizada para diagnosticar Segurança/Insegurança Alimentar. Observou-se insegurança alimentar em 54,3% das famílias; dessas, 66,7% em Insegurança Alimentar Leve; 17,8% em Insegurança Alimentar Moderada; e 15,6% em Insegurança Alimentar Grave. As famílias em segurança alimentar apresentaram significativo consumo qualitativo diário de alimentos. Sugere-se, portanto, a necessidade de políticas públicas efetivas para apoiar as famílias na sua capacidade de elaborar estratégias para o enfrentamento do impacto das adversidades econômicas sobre a qualidade de suas dietas.

Palavras-Chave: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Alimentary and Nutritional Security can be understood as the warranty of everybody's right to the access to quality food, in enough amount and in a permanent way, with base in healthy practices and without compromising the access to other essential needs and nor the future alimentary system, being accomplished in maintainable bases. This warranty is in danger due to the constant rising of the food prices. Consequently, this study's aim was to determine the prevalence of alimentary insecurity in families with children younger than 60 months and to describe their social-demographic profile. Families were studied with members younger than 60 months (n = 81), selected starting from the handbook of the Family Health Strategy, in the period of June to September of 2007. The Brazilian Scale of Alimentary Insecurity, Brazilian version of the module of alimentary insecurity of United States Department of Agriculture, was used to diagnose alimentary security/insecurity. Alimentary insecurity was observed in 54,3% of the families, of these 66,7% were in Light Alimentary Insecurity, 17,8% in Moderate Alimentary Insecurity and 15,6% in Severe Alimentary Insecurity. The families in alimentary security have presented significant qualitative diary consumption of foods. It is suggested, therefore, the necessity for effective public politics to support the families in their

¹Nutricionista graduada pelo curso de Nutrição/UNISC, RS, colaboradora e pesquisadora na área da Segurança Alimentar da 13ª CRS. E-mail: fernandagassen@gmail.com.

²Professora da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, Doutoranda na área de Ciências Políticas pela UNISC, Mestre em Desenvolvimento Regional, Coordenadora da Política de Alimentação e Nutrição da 13ª CRS. E-mail: francisca-wichmann@saude.rs.gov.br.

capacity to elaborate strategies in order to face the impact of the economical adversities about the quality of their diets.

Key-Words: Alimentary security, Alimentary Insecurity, Family Health Strategy.

1 INTRODUÇÃO

A segurança alimentar e o bem-estar nutricional passaram a se configurar como um grande desafio no ideário da sociedade civil e no poder público. Trata-se de um assunto que vem sendo discutido no mundo inteiro desde o início do século XX, logo após a Primeira Guerra Mundial, quando foi fortalecida a idéia de que a soberania de um país dependia da sua capacidade de auto-suprimento de alimentos. A partir daí iniciou-se a discussão e a luta contra a fome e a concepção de um estado de segurança alimentar e nutricional para a população¹.

A expressão Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), como princípio geral, pode ser entendida como a garantia do direito de todos ao acesso a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, com base em práticas saudáveis e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais nem o sistema alimentar futuro, devendo se realizar em bases sustentáveis. Todo o país deve ser soberano para assegurar sua segurança alimentar, respeitando as características culturais de cada povo, manifestadas no ato de se alimentar.²

Nesse contexto, pode-se dizer que o estado de segurança alimentar de uma população ou indivíduo não se limita ao acesso ou não ao alimento, tampouco única e exclusivamente à situação de pobreza. O reflexo do corpo emagrecido não pode ser utilizado como indicador absoluto de fome ou problemas de sustentabilidade alimentar. São inúmeros os aspectos que se relacionam com esta temática, ultrapassando os aspectos biológicos, envolvendo desde o direito humano básico à alimentação saudável, condições de acesso e produção, perpassando pelo poder de escolha por alimentos culturalmente adequados, pela busca digna do alimento, entre outros.

A segurança alimentar está relacionada também com a ausência do medo de vir a sofrer insegurança alimentar ou fome. A insegurança alimentar engloba desde a percepção de preocupação e angústia ante a incerteza de dispor regularmente de comida, até a vivência de fome por não ter o que comer todos os dias, passando pela perda da qualidade nutritiva, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos, sendo essas as estratégias para enfrentar essa adversidade. Significa que, de modo geral, a pobreza é a principal causa do acesso insuficiente aos alimentos³.

Esse conceito abrangente e multidimensional de SAN coloca desafios para a classificação das pessoas ou unidades domiciliares diante do atendimento desse direito e, conseqüentemente, para a mensuração da magnitude da Insegurança Alimentar (IA). No Brasil, o desenvolvimento de uma escala de medida direta, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é resultado da adaptação e validação da escala do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, sendo validada e confirmada nas cinco regiões antes de ser incorporada à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD - 2004). Esta escala classifica a condição de segurança alimentar em quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave, como definidas no processo de validação da EBIA.

Os estudos realizados no Brasil com a utilização da EBIA apontam para diferentes realidades. Pesquisa realizada com uma amostra populacional da cidade de Campinas (SP), ainda no bojo da validação do instrumento mostrou que a insegurança alimentar grave atingia 6,6% das famílias que continham em seu núcleo menores de 18 anos. Estudo realizado em Brasília (DF), apenas com famílias com moradores menores de 60 meses, foi observada a prevalência de insegurança alimentar grave em 7,7% das famílias. Este estudo encontrou forte relação entre os rendimentos da família e os níveis de insegurança alimentar, com o decréscimo do rendimento e aumento da gravidade da situação de insegurança alimentar.

Nas últimas décadas, os índices de desnutrição infantil vêm reduzindo no país e, paradoxalmente, a obesidade cresce em escala epidêmica em homens e mulheres adultos, exigindo uma atenção permanente à segurança nutricional da população^{4,5}. Diferentes diagnósticos foram e continuam sendo realizados no Brasil com o objetivo de mapear e quantificar a situação nutricional da população brasileira. Atualmente, o tema tem sido recolocado em debate na esfera política, tornando-se prioridade do atual governo brasileiro⁶, desencadeando a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com vistas a assegurar o direito humano à alimentação.

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF), vindo mais tarde a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), na perspectiva de fortalecer iniciativas locais de aprimoramento do modelo assistencial, reforçando os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em contraposição ao modelo assistencialista e hospitalocêntrico, esse programa tem como direcionamento a promoção do enfoque da atenção na família, no contexto em que vive, incorporando um novo processo de trabalho centrado na vigilância à saúde e no trabalho em equipe. Essa iniciativa foi apresentada como a estratégia capaz de provocar mudança no modelo assistencial, por meio da ruptura do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, buscando estender suas ações para e junto com a comunidade, provocando reflexos em todos os níveis do sistema.

No município de Rio Pardo, localizado na Depressão Central do Estado do Rio Grande do Sul, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 2003 com vistas a incorporar os conceitos de saúde e de qualidade de vida. O entendimento acerca do processo saúde-doença passou a ser concebido como fruto de uma produção social, em uma visão ampliada, que não apenas a da história natural (biológica) da doença. Para esse nível de (re) organização de serviço, foi realizada uma abordagem coletiva com conseqüente elaboração de um Plano Municipal de Saúde.

Atualmente o município conta com a atuação de três equipes da ESF, perfazendo 29% de cobertura municipal, distribuídas em três unidades entre sede e distritos, sendo cada uma dessas equipes responsável por um número de famílias residentes em uma base territorial definida. Essas equipes são responsáveis por desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desta população, com fundamento nos princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade.

Embora a abrangência da ESF seja a Unidade Familiar, é de conhecimento geral que as crianças são biologicamente mais vulneráveis a diversas deficiências nutricionais e habitualmente são escolhidas como grupo indicador da presença de desnutrição na população. Fatores relacionados ao cuidado e à proteção infantil, a exemplo de: desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, os déficits específicos da dieta em vitaminas e minerais e a incidência repetida de infecções, em particular as doenças diarreicas e parasitoses intestinais podem fornecer, portanto, informações importantes para obtenção de um diagnóstico de Segurança Alimentar e Nutricional de uma população.

Considerando a importância da realização de estudos que avaliem a situação de segurança alimentar na ESF e a necessidade de que esses forneçam informações úteis para construir indicadores de condições de vida e saúde, este estudo teve como objetivo avaliar a situação da (in) segurança alimentar em famílias da zona urbana com crianças menores de 60 meses adscritas na ESF Jardim Boa Vista, no município de Rio Pardo/RS, no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal descritivo com 81 famílias que possuem em sua composição crianças menores de 60 meses. O estudo foi realizado no município de Rio Pardo – RS, escolhendo como população alvo as famílias adscritas na Estratégia Saúde da Família (ESF) Jardim Boa Vista, tendo em vista a vulnerabilidade social da comunidade envolvida e o interesse da ESF. A participação da população estudada aconteceu por livre e espontânea vontade, garantindo o anonimato e o direito de abandonar o estudo, em qualquer fase da sua execução.

Rio Pardo é um município localizado na Depressão Central do Estado do Rio Grande do Sul. A população, de acordo com o Censo Demográfico 2000, é de 37.783 habitantes, e está estimada em 38.003 habitantes (até 01.07.2006). Ela está subdividida em 18.473 homens e 19.310 mulheres e 4432 crianças entre zero e seis anos e 11 meses, sendo ainda, sobre o total de habitantes, 26.041 oriundos da zona urbana e 11.742 da zona rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2000)⁸. A ESF Jardim Boa Vista é dividida em cinco micro áreas (1, 2, 3, 4, 5), tendo na sua composição total 1012 famílias. A micro área 1 foi excluída do estudo por não apresentar um mapeamento atualizado de suas famílias e pela falta de profissionais da área (agentes comunitários de saúde).

A área de abrangência do estudo ficou delimitada nas microáreas 2, 3, 4 e 5. Dos prontuários de cada micro área da ESF Jardim Boa Vista foram selecionados aqueles com moradores menores de 60 meses. Das 120 famílias das microáreas, 39 foram excluídas da pesquisa, por não consentirem ou por não estarem em casa no dia da coleta. Em cada domicílio foi entrevistado um adulto que soubesse informar sobre a alimentação da família.

A coleta de dados foi iniciada após recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2007, no domicílio das famílias, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), composto de questões fechadas e semi-abertas que consistem na formulação de perguntas diretamente a uma pessoa da família (mãe ou responsável) visando captar a percepção da segurança e insegurança alimentar.

O questionário de insegurança alimentar do United States Department of Agriculture, que (USDA) derivou da escala proposta por Radimer et al. e de outras escalas que utilizaram os mesmos conceitos, tem sido usado nos Estados Unidos desde 1995. A escala foi adaptada e validada para a população brasileira não institucionalizada residente em áreas urbanas, entre abril e julho de 2003, a amostras de conveniência em Campinas, João Pessoa, Brasília e Manaus.

A EBIA consta de 15 perguntas centrais fechadas, com resposta sim ou não, sobre a experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade, que vão desde a preocupação de que a comida possa vir a faltar até a vivência de passar todo o dia sem comer. Cada resposta afirmativa do questionário de insegurança alimentar representa 1 ponto, sendo a pontuação da escala sua soma, variando em uma amplitude de 0 a 5 pontos; sendo a segurança 0; insegurança leve 1 a 5 pontos; insegurança moderada 6 a 10 pontos; e insegurança grave 11 a 15 pontos⁸.

O escore final do questionário é classificado considerando o processo de insegurança alimentar crescente, passando pela preocupação com a falta de alimentos, pelo comprometimento da qualidade da dieta e por fim pela redução quantitativa da alimentação. A escala da insegurança alimentar foi medida em um gradiente de severidade, iniciando pelo receio da pessoa de que a família venha a sofrer privação alimentar no futuro próximo, passando pelo comprometimento da qualidade da dieta e pela limitação da quantidade de alimentos consumidos no domicílio, chegando até o nível mais grave da insegurança alimentar, que é fome entre adultos e/ou crianças da família.

No inquérito de Campinas, além da EBIA, incluíram-se no estudo perguntas de caracterização sociodemográfica e econômica de todos os membros da família (sexo, idade,

escolaridade em faixas, posição da família, ocupação e renda). A renda de cada membro da família foi perguntada em reais; a variável renda familiar mensal corresponde à soma das rendas individuais e foi transformada em faixas de salário mínimo para as análises. O consumo diário de alimentos foi indagado de forma qualitativa, perguntando se a pessoas comia pelo menos uma vez ao dia carnes, verduras, frutas, leite, derivados de leite, ovos, feijão, cereais, raízes, óleo, açúcar, doces e refrigerantes. Também foram investigados os motivos para não ter variedade e quantidade desejadas de alimentos; local de compra dos alimentos; frequência semanal das principais refeições; despesas mensais da família em reais; tipo de construção da moradia; número de cômodos; abastecimento de água; esgoto; e coleta de lixo. Ainda foi indagado se a família recebia alguma ajuda institucional ou de particulares para sua alimentação, bem como o tipo e quantidade.

Para a análise dos resultados da aplicação da escala nesta pesquisa, os domicílios foram classificados de acordo com sua condição de segurança alimentar em quatro categorias: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave, como definidas no processo de validação da EBIA. A pontuação atribuída a cada domicílio corresponderá ao número de respostas afirmativas às perguntas da escala.

As variáveis do estudo foram processadas e analisadas no Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 14.0 for Windows por meio de análise descritiva e comparativa com estudos da literatura, considerando-se um nível de significância de $p < 0,05$. Para analisar a associação de nível de segurança/insegurança com estrato socioeconômico, renda familiar, escolaridade e consumo de alimentos, foi utilizado o teste de t2. Realizou-se também uma análise comparativa do perfil das famílias em segurança e insegurança (agrupando todos os níveis), sendo a variável segurança/insegurança dicotomizada para montagem de tabelas 2x2 com a variável consumo de cada alimento (sim/não).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo teve a participação de 81 famílias, representando 67,5% da amostra inicial. Destas, 37 eram moradoras da micro área 2 (45,7%), 16 da micro área 3 (19,8%), 11 da micro área 4 (13,6%) e 17 da micro área 5 (21%).

A segurança alimentar atinge 45,7% (n=37) das famílias e 54,3% (n=44) está em situação de insegurança alimentar. Entre as famílias em insegurança alimentar, 66,7% (n=30) está em insegurança alimentar leve, 17,8% (n=8) em insegurança alimentar moderada e 15,6% (n=7) em insegurança alimentar grave, conforme se pode visualizar na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição percentual das famílias por níveis de segurança/insegurança alimentar em quatro categorias de análise. Rio Pardo/RS, 2007. N=81.

Classificação utilizada pelo USDA	SA*	IA*	Níveis de insegurança		
			IAL*	IAM*	IAG*
Distribuição Segundo Níveis	45,7	54,3	66,7	17,8	15,6
MC2*	24,3	63,6	60	62,5	71,4
MC3*	24,3	15,9	23,3	12,5	0
MC4*	24,3	4,5	3,3	0	14,3
MC5*	27	15,9	13,3	25	14,3

*MC2 = micro área 2; MC3 = micro área 3; MC4 = micro área 4; MC5 = micro área 5; SA = Segurança Alimentar; IA = Insegurança Alimentar; IAL = Insegurança Alimentar Leve; IAM = Insegurança Alimentar Moderada; IAG = Insegurança Alimentar Grave.

Ao analisar as micro-áreas observamos que a de número 2 possui mais de 60% de famílias vivendo em insegurança, dividido igualmente segundo seus níveis. Entre aquelas que experimentam insegurança alimentar, 37% refere preocupação de ficar sem alimento ou comprometimento qualitativo da dieta por limitação financeira (IAL). Outros 17,3% têm restrição quantitativa na dieta tanto entre adultos quanto entre crianças (Insegurança Alimentar Moderada e Grave - IAMG) (Tabela 1).

Em estudo com 1834 famílias residentes no Distrito Federal que possuem crianças até cinco anos encontraram prevalência de 39,4% em situação de segurança alimentar⁹. E os níveis de insegurança alimentar leve, moderada e grave são, respectivamente, 38,4%, 14,8% e 7,7%, sendo que nenhuma família com renda mensal familiar *per capita* acima de um salário mínimo (R\$240,00 no período do estudo) foi classificada como insuficiência alimentar grave. Com relação à renda da amostra, 39% recebiam menos da metade de um salário mínimo mensal *per capita* e, entre as mães, 36,5% tinham cursado ou estavam cursando o Ensino Fundamental e 3,5% eram analfabetas.

A insegurança psicológica, ou seja, o medo de ficar sem alimentos, atinge mais de 40% das famílias; esse é o tipo de insegurança mais prevalente. As questões referentes à insegurança na qualidade da dieta também são afirmadas por uma alta proporção de famílias; essas referem ter tido que se arranjar com apenas alguns alimentos e não poderem oferecer uma dieta saudável e variada aos adultos e também às crianças e adolescentes, por falta de dinheiro.

Para se alimentar, 13,6% (n=11) disseram receber ajuda em alimentos de alguma instituição ou pessoa. Essa ajuda caracteriza-se pelo recebimento de cesta básica, de todas as compras de alimentos do mês ou apenas arroz, feijão, óleo, leite, iogurte e/ou frutas. O auxílio em dinheiro é recebido por 43,2% (n=35) das famílias, caracterizando-se em Bolsa Família (94,3%, n=33), pensão alimentícia (2,9%, n=1) ou Bolsa Escola (2,9%, n=1). Entre as estratégias familiares utilizadas para driblar a falta de dinheiro para compra de alimentos enumeradas na literatura, podemos citar a busca de alimentos em redes de apoio, como a ajuda de parentes, vizinhos e amigos, compras a crédito e doações de cestas básicas de prefeituras e entidades assistenciais.

Apesar de o município estar implementando o Bolsa Família, como uma estratégia de combate a fome, uma parcela relevante da população de Rio Pardo está exposta à situação de insegurança alimentar, quer seja no comprometimento qualitativo da sua dieta ou na restrição quantitativa de alimentos. Mais da metade da população avaliada convive com o medo de ficar sem o alimento dentro de casa e, além disso, tem que se basear em apenas alguns alimentos para compor a dieta de suas crianças e adolescentes. E, assim, essa população, que não é a minoria, vai se arranjando e driblando a falta de acesso ao alimento, chegando, uma parcela menor, porém significativa, aos eventos mais graves, de não fazer algumas refeições do dia, perder peso e até ficar o dia todo sem comer.

Comparando-se o consumo alimentar entre as 3 categorias de segurança/insegurança (Tabela 2), aparece uma forte e significativa tendência decrescente de consumo de carne, leite, derivados do leite, frutas, verduras e legumes, cereais e raízes, existindo um maior consumo de todos esses grupos entre os informantes das famílias em SA, menor entre aquelas em IAL e diminuindo mais entre as que apresentaram IAMG. Doces e refrigerantes também apresentaram tendência decrescente e significativa, sendo menos consumidos pelas famílias em IAL e IAMG. Separando os alimentos por grupos, observa-se que os alimentos construtores, portanto, fontes de proteínas (carne, leite e derivados do leite) são consumidos por menos da metade das famílias em IAMG e, no caso dos derivados do leite, a proporção de famílias em SA que consome é 11 vezes maior. Diferenças semelhantes são encontradas, entre os dois níveis de segurança alimentar, na análise do consumo de alimentos reguladores (frutas, legumes e verduras), ricos em fibras, vitaminas e minerais. Mesmo entre os membros de famílias em IAL, ou seja, sem restrição quantitativa, o consumo desses últimos alimentos é baixo: 35% dos entrevistados não incluem

diariamente legumes e verduras na suas dietas e 56% não consomem frutas na mesma frequência.

Tabela 2. Características de consumo diário de alimentos pelo informante da família, apresentadas segundo categorias de segurança/insegurança alimentar, Rio Pardo, RS, 2007. N=81. Nível de significância de $p < 0,05$.

Alimento	N	SA %* (a)	IAL %*	IAMG %* (b)	(a/b)	p-valor
		37	37	14		
Óleo	37	100	95,3(41)	4	1,1	0,0002
Açúcar	34	91,9	93,3(41)	5	1,0	0,0407
Refrigerante	23	62,2	34,9(15)	1	3,9	0,0001
Doces	24	64,9	30,2(18)	6	7,3	0,0001
Carne	37	100	74,4(32)	1	2,6	0,0001
Leite	35	94,6	76,7(33)	1	1,8	0,0001
Derivados do leite	21	56,8	25,6(11)	0	11,3	0,0001
Ovo	17	45,9	27,9(12)	1	0,8	0,5035
Embutidos	13	35,1		0	1,4	0,6243
Feijão	37	100	95,3(41)	5	1,1	0,2537
Verduras e legumes	32	86,5	39,5(17)	0	2,2	0,0001
Frutas	31	83,8	39,5(17)	1	6,5	0,0001
Cereais e derivados	37	100	(30) 100	6	1,1	0,0173
Raízes	18	48,6	20 (6)	0	1,7	0,0075

* SA = Segurança Alimentar; IAL = Insegurança Alimentar Leve; IAMG = Insegurança Alimentar Moderada e Grave

A grande maioria dos membros de famílias em IAMG refere o consumo diário, além do feijão, de alimentos densamente energéticos como os cereais, óleo e açúcar. Esse fato também é constatado nas famílias em IAL, porém, nessas, mais de 70% incluem leite na sua dieta diária. Os entrevistados, membros de famílias classificadas em SA, relatam dieta mais diversificada. A maioria consome diariamente alimentos construtores, energéticos e reguladores, mas mesmo assim há uma parcela significativa que não possui o hábito de consumir frutas e derivados do leite diariamente.

A análise da associação entre níveis de segurança e consumo de feijão, ovos e embutidos mostra que esses alimentos não são sensíveis ($p > 0,05$) à condição de insegurança alimentar (Tabela 2).

A opção feita por estudar a qualidade da alimentação a partir do conhecimento dos alimentos que entram na composição da dieta diária não permite uma inferência sobre a adequação quantitativa de energia, de macro e micronutrientes, porém atende às necessidades de avaliação da diversidade da dieta. Essa limitação é compensada pelo conhecimento já disponível de que dieta com maior diversificação dos alimentos, além de estar associada à adequação de nutrientes, também está associada à sua adequação energética.

Com relação à renda em salários mínimos das famílias pesquisadas, 61,3% ($n=49$) recebiam de 1 a 2 salários mínimos; 17,5% ($n=14$) menos de 1 salário mínimo; 13,8% ($n=11$) de 3 a 4 salários mínimos; e 7,5% ($n=6$) recebiam 5 salários mínimos ou mais. Sobre o nível de escolaridade da mãe e/ou responsável, constatou-se que, das famílias em situação de insegurança alimentar, uma é analfabeta, 25 possuem primário incompleto; seis possuem o primário completo; e três o secundário incompleto. A análise da escolaridade do responsável com a escala de (in) segurança alimentar apresentou nível de significância ($p < 0,05$) e associação linear, demonstrando que quanto menor a escolaridade maior as chances de ocorrer a insegurança alimentar.

Santos et al. avaliou 36 crianças entre um e 11 anos para caracterizar as condições socioeconômicas e ambientais e sua influência no estado de saúde e nutrição de crianças residentes numa comunidade rural do município de Viçosa – MG, sendo encontrado 37,1% em déficit nutricional para E/I e 31,4% para P/E. Também foi encontrada associação positiva entre déficit de P/E e baixa escolaridade materna ($p=0,03$).

Nos inquéritos americanos, utilizando o mesmo instrumento de medida, a insegurança alimentar vem se mostrando estável nas análises realizadas entre os anos de 1998 e 2003, apesar das ações implementadas no combate à fome naquele país. Porém, as prevalências lá encontradas, em todos os níveis de insegurança, são bem menores do que as aqui observadas. A IAL variou entre 8,1% e 7,7% e a IAMG entre 3,7% e 3,5%, entre os anos referidos respectivamente¹⁰.

Em 65,2% dos cerca de 52 milhões de domicílios particulares estimados pela PNAD (2004) residiam pessoas em situação de Segurança Alimentar. Por outro lado, nos outros 34,8% de domicílios caracterizavam-se situações de insegurança alimentar, sendo 16%, 12,3% e 6,5% os percentuais de domicílios onde residiam pessoas com insegurança alimentar leve, moderada e grave, respectivamente. Na zona urbana a segurança alimentar mostrou-se prevalente (66,7%) em comparação com a insegurança alimentar (33,2%), sendo 15,8%, 11,4% e 6% a ocorrência de insegurança alimentar leve, moderada e grave, respectivamente (PNAD, 2004).

A situação de insegurança alimentar familiar observada em Campinas é intermediária entre aquela encontrada em Java, durante uma crise econômica da Indonésia em 1998, e a observada nos EUA em 1995. Na Indonésia, encontrou-se 94,2% de famílias em insegurança alimentar; 32% das famílias em situação de insegurança grave. No inquérito populacional americano, observou-se prevalência de insegurança alimentar em 11,9% das famílias investigadas, sendo 4,1% das famílias diagnosticadas em situação de insegurança e fome¹¹.

O inquérito de Campinas observou o que poderíamos chamar de fome silenciosa ou nos relatos de Valente, “a fome do dia”. Comparando os grupos de segurança/insegurança alimentar deste estudo, percebemos que existem diferenças entre eles quanto à oportunidade de realizarem as 3 principais refeições do dia. Informantes de famílias em IAMG relatam com mais frequência deixar de fazer pelo menos uma das refeições, como café da manhã, almoço ou jantar, gerando períodos diários longos sem alimentação. É a situação na qual crianças ou adultos ficam sem se alimentar durante um dia ou um período deste.

Observou-se, ainda, que mesmo as famílias em SA, portanto com garantia de acesso aos alimentos, apresentaram inadequações qualitativas na dieta tomando o entrevistado como referência; uma parcela importante não come pelo menos uma fruta diariamente, contrapondo-se à estratégia de dieta saudável adotada pela Organização Mundial de Saúde; além disso, consomem diariamente alimentos, cuja recomendação é de restrição, tais como, refrigerantes e doces, devido à presença do açúcar simples em grande quantidade. Monteiro et al., comparando os inquéritos realizados em áreas metropolitanas do Brasil entre os anos de 1988 e 1996, concluem que existe uma mudança nos padrões de consumo alimentar da população, caracterizada principalmente pela redução de carboidratos complexos e fibra e maior ingestão de açúcar simples. Esta realidade torna-se extremamente preocupante, visto que o preço dos alimentos vem aumentando demasiadamente no ano corrente, provocando a diminuição da quantidade e diversificação de alimentos adquiridos pelas famílias e conseqüentemente o aumento da ocorrência da insegurança alimentar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado revela, mais uma vez, a iniquidade social do nosso país, apontada aqui por um indicador de medida direta de a insegurança alimentar e fome. Verificou-se que a

insegurança alimentar está caracterizando a realidade alimentar de 54,3% das famílias da amostra estudada. Em especial, naquelas em IAMG observa-se uma dieta monótona composta principalmente por alimentos de maior densidade energética. O acesso ao alimento que está garantido para cerca de metade das famílias, em grande parte delas, não lhes assegura uma dieta saudável.

Esses resultados trazem a necessidade de reforçar, dentro das políticas de segurança alimentar e combate à fome, entre outras, ações educativas visando à promoção de alimentação balanceada e saudável. É importante ressaltar a relevância de indicadores diretos de medida de insegurança alimentar e fome em nível familiar pelo uso da escala aqui utilizada. Ela mede a dimensão da insegurança alimentar expressa na percepção das famílias sobre sua condição de acesso a uma alimentação qualitativa e quantitativamente adequada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Cidadania. Projeto Fome Zero: Uma proposta de Política de Segurança Alimentar para o Brasil. São Paulo, 2001.
2. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional: Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Brasília, Julho de 2004.
3. Valente, FLS. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. In: _____. Direito Humano à Alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez, p. 37–70, 2002.
- _____. A política de insegurança alimentar e nutricional no Brasil de 1995 a 2002. Disponível em: <http://www.fomezero.gov.br/download/pol_inseg_alimentar_Flavio_Valente.pdf>. Acesso em 18 abr. 2007.
4. Batista Filho, M. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4), 872-873, 2003.
5. Burlandy, L, Magalhães, R. Segurança, seguridade e direito: as diferentes faces da questão alimentar e nutricional. Observatório da Cidadania, Rio de Janeiro, 1(8), 61–66, 2004.
6. Batista Filho, M, Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1), 181-191, 2003.
7. Monteiro, CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. Estudos Avançados, São Paulo, 17(48), 7-20, 2003.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD): Segurança Alimentar. Rio de Janeiro, não paginado, 2004.
9. Leão, MM, Coitinho, DC. Fome e insegurança alimentar no Distrito Federal. 2005. 115f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.
10. Castro, J. Condições de vida das classes operárias do Recife. Recife:Imprensa Industrial; 1932.
11. Bickel, GCS, Nord M. Household food security in the United States, 1995 – 1998: Advance report. USDA report 1999.
12. Panigassi, G. et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. Campinas, SP, 2005. In: Panigassi, G. Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas, SP. Tese de doutorado, Campinas, SP, 2005.

13. Santos et al. Influência do baixo nível socioeconômico no estado nutricional de crianças residentes em uma comunidade rural do município de Viçosa – MG. *Nutrição Brasil*, 1(5), 12-18, 2006.
14. Sobral. Secretaria de Saúde e Ação Social. Sobral. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/sec/saude/acesso_saude.htm>. Acesso em: 26 set. 2006.
15. Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 14.0 for Windows. Universidade Estadual de Campinal. (In) *Segurança Alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação*. São Paulo: UNICAMP, 2003.