

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção



ISSN 2238-3360 | Ano V - Volume 5 - Número 1 - 2015 - Jan/Mar

ARTIGO ORIGINAL

Influência da insegurança alimentar no perfil socioeconômico e custos de vida

Food insecurity influence on the socioeconomic profile and cost of living

Márcia Yane Girolometto Ribeiro,¹ Adriane Cervi Blümke,¹ Tereza Cristina Blasi,¹ Karen Mello de Mattos.¹¹Centro Universitário Franciscano (Unifra), Santa Maria, RS, Brasil.Recebido em: 26/04/2014
Aceito em: 07/11/2014marcia_yanegr@hotmail.com

DESCRITORES

Renda Familiar;
Mulheres;
Escolaridade;
Estado Civil;
Vulnerabilidade social.

KEYWORDS

Income;
Women;
Educational Status;
Marital Status;
Social vulnerability.

RESUMO

Justificativa e Objetivos: a realização desta pesquisa torna-se necessária, pois as mulheres estão mais suscetíveis à insegurança alimentar, quando comparadas aos homens, em consequência do acesso precário a renda. Considerando a importância da alimentação, condições socioeconômicas e acesso a atenção em saúde, esta pesquisa irá contribuir na qualidade de vida, levando em consideração que a insegurança alimentar poderá deteriorar o nível de bem-estar e ocasionar a incerteza sobre o abastecimento de alimentos. Com isso a presente pesquisa objetiva verificar a relação entre a insegurança alimentar e o perfil socioeconômico de mulheres atendidas na atenção primária à saúde de Santa Maria/RS, bem como verificar os custos de vida. **Métodos:** pesquisa quantitativa descritiva com coleta de dados primários, realizada com mulheres adultas e idosas atendidas na atenção primária de Santa Maria/RS. A coleta de dados ocorreu no período de março a abril de 2013. Entrevista por meio de questionário elaborado pela pesquisadora e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). **Resultados:** participaram 100 mulheres com faixa etária de 19 a 77 anos, com média de idade de 44,13 ($\pm 16,33$) anos. O estado civil prevalente foi união estável com 55% e a profissão do lar 31%. O maior custo foi alimentação com 79%. **Conclusão:** Apesar dos anos de estudo serem igual ou maior a oito anos pode ser observado presença da insegurança alimentar leve.

ABSTRACT

Background and Objectives: the need for this research is justified, as when compared with men, women are more susceptible to food insecurity, as a consequence of the uncertain access to income. Considering the relevance of nutrition, socio-economic status and access to health care, this research will contribute to the quality of life, considering that food insecurity can decrease the level of well-being and cause food insecurity. Consequently, this research aims to establish the association between food insecurity and the socioeconomic profile of women treated in primary healthcare institutions of Santa Maria/RS, while assessing the cost of living. **Methods:** descriptive quantitative study with primary data collection, carried out with adult and elderly women treated in primary healthcare institutions in Santa Maria/RS. Data collection took place from March to April 2013. The researcher used a questionnaire created by herself during the interview and the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). **Results:** Overall, 100 women aged 19 to 77 years participated in the study, with an mean age of 44.13 (± 16.33) years. The most prevalent marital status was common-law marriage, 55% and the most prevalent occupation was housewife, 31%. The highest cost of living was food, with 79%. **Conclusion:** Although the level of schooling was equal to or greater than eight years of study, the presence of mild food insecurity can be observed.



INTRODUÇÃO

As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e compõem um dos grupos mais vulneráveis na repercussão da insegurança alimentar e nutricional como consequência do acesso precário a renda e a bens e serviços.^{2,3}

Para a maioria dos países latino-americanos, a insegurança alimentar é menos um problema de disponibilidade e mais uma questão de acesso e utilização. Para muitos países africanos a disponibilidade de alimentos, condicionada por climas difíceis e frágeis economias, ainda é uma preocupação séria como são questões de acesso e utilização. No outro extremo do espectro, os países de alta renda têm problemas de consumo a obesidade afeta uma parcela considerável de suas populações.⁴

A insegurança alimentar é determinada, principalmente, pela pobreza e pelas desigualdades sociais, sendo que está associada ao acesso a uma alimentação inadequada que pode ser interferida pelas condições socioeconômicas.⁵

Assim, segundo Hackett *et al* a insegurança alimentar ocorre quando as necessidades nutricionais não são cumpridas e incorpora mecanismos de enfrentamento psicológicos e fisiológicos. Para eles esta medida é importante porque permite que as agências governamentais e de desenvolvimento passem a estimar a prevalência desse fenômeno para acompanhar e avaliar o impacto dos seus programas a nível familiar.⁶

Tendo em vista a relevância da saúde da mulher e considerando a importância da alimentação, condições socioeconômicas e acesso a atenção em saúde, o desenvolvimento da presente pesquisa, visa verificar a relação entre a insegurança alimentar e o perfil socioeconômico de mulheres atendidas na atenção primária à saúde, bem como verificar os custos de vida.

MÉTODOS

Pesquisa quantitativa descritiva. Foram incluídas na pesquisa mulheres que buscaram atendimento nos dias de coleta de dados na atenção primária à saúde com idade superior aos 19 anos de idade, sendo a amostra por conveniência. Foram excluídas da pesquisa as mulheres atendidas na atenção primária que possuíam algum comprometimento neurológico que pudesse ter interferido em sua participação na pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a maio de 2013, em 4 Unidades Básicas de Saúde e 3 Unidades de Estratégia de Saúde da Família localizadas na área urbana de Santa Maria/RS onde há o estágio curricular do curso de Nutrição tendo em vista a prevalência do público feminino em virtude do atendimento nutricional. Os dados do estudo foram coletados por meio de entrevistas individualizadas efetuadas pela própria pesquisadora. Foi utilizado como instrumento o questionário de condições socioeconômicas e demográficas elaborado pelas próprias pesquisadoras e composto pelas seguintes variáveis: (a) estado civil; (b) escolaridade; (c) profissão; (d) plano de saúde; (e) renda familiar em salá-

rios mínimos (tendo como base o salário mínimo vigente no período da coleta de dados que foi de R\$ 678,00) e (f) número de pessoas por domicílio. Assim como custos com alimentação, vestuário, medicamentos, lazer e saúde, sendo este elaborado pela própria pesquisadora.

Para averiguar o grau de insegurança alimentar e nutricional foi utilizado o questionário validado e adaptado para a população brasileira, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que permite classificar as famílias em quatro categorias: (a) segurança alimentar; (b) insegurança alimentar leve (IA leve); (c) insegurança alimentar moderada (IA moderada) e (d) insegurança alimentar grave (IA grave). Cada resposta afirmativa do questionário corresponde a um ponto, com a soma de todas as repostas variando entre 0 e 15 pontos. Quando não há nenhuma resposta positiva, a família é classificada em situação de segurança alimentar e a classificação da insegurança alimentar em diferentes gradientes corresponde a patamares diferenciados da soma dos pontos obtidos no questionário.^{7,8}

Foi elaborado um banco de dados no Programa Microsoft Excel Versão 2007 as análises estatísticas descritivas (média, percentual e desvio padrão). Para associação das variáveis foi aplicado o teste qui-quadrado, sendo o nível de significância menor que 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas no programa SPSS® versão 17.0.

A presente pesquisa compõe a linha Educação, sociedade e integralidade na saúde do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde (GIPES) do Centro Universitário Franciscano. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o nº de protocolo 182.559, e aceita pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/RS. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo informações relevantes do trabalho e esclarecendo quanto à participação e anonimato.

RESULTADOS

Do total de mulheres participantes do estudo, 20% (n=20) eram idosas. A faixa etária das participantes do estudo foi de 19 a 77 anos, com média de idade de 44,13(±16,33) anos. Com relação à renda familiar, 60% das entrevistadas estavam na faixa de 1 a 2 salários mínimos (Tabela 1).

Conforme a tabela 1, 31% (n=31) das mulheres se dedicam exclusivamente ao lar e 14% (n=14) trabalham como domésticas, além disso, 55% (n=55) vivem com o companheiro.

Entre as entrevistadas 71% (n=71) das mulheres não possuem plano. O maior gasto salarial médio consiste na alimentação (Tabela 2). Entre as entrevistas, 49% relataram pegar medicamentos na farmácia popular; 66% das entrevistadas relata que a família assiste televisão, conversa com vizinhos, faz crochês e tricôs ou passeia no centro como formas de lazer. Quanto ao atendimento médico 71% relataram buscar assistência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias Saúde da Família

Tabela 1. Perfil sócio demográfico de mulheres atendidas na atenção primária. Santa Maria/RS, 2013.

Características	N	%
Escolaridade		
<8 anos de estudo	48	48
≥8 anos de estudo	52	52
Estado civil		
Vive com o companheiro	55	55
Não vive com o companheiro	45	45
Renda familiar em salários mínimos		
<1	3	3
1 e 2	60	60
2 e 3	19	19
4 ou mais	10	10
Profissão		
Do lar	31	31
Doméstica	14	14
Aposentada	11	11
Gastos mensais familiares		
Alimentação	79	79
Vestuário	56	56
Medicamentos	46	46
Lazer	31	31
Saúde	25	25
Plano de saúde		
Sim	29	29
Não	71	71

Tabela 2. Custo de vida das mulheres participantes da pesquisa. Santa Maria/RS, 2013.

Custos de vida	Custo médio	dp
Alimentação	R\$ 543,83	±262,03
Lazer	R\$ 214,19	±203,89
Medicamento	R\$194,35	±316,60
Vestuário	R\$ 276,02	±165,03

*dp= desvio padrão

(UESF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Atendimento (PA).

A aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) revelou que 57% das entrevistadas foram classificadas com a insegurança alimentar em diferentes graus (Tabela 3).

A renda familiar esteve inversamente associada à situação de insegurança alimentar, ou seja, quanto menor o rendimento, maior a chance de insegurança alimentar, porém não foram observadas diferenças estatísticas. Portanto, é possível afirmar que a insegurança alimentar não é influenciada por uma renda entre 1 e 2 salários mínimos.

Em relação ao grau de insegurança alimentar, 27% das mulheres com insegurança alimentar leve possuem < 8 anos de estudo. Foi observado nesta pesquisa que quanto maior o nível de escolaridade maior é a segurança alimentar. Na presente pesquisa o nível de insegurança

Tabela 3. Prevalência dos níveis de insegurança alimentar, segundo indicadores socioeconômicos das mulheres atendidas na atenção primária. Santa Maria/RS, 2013.

Variáveis	Segurança Alimentar (%)	IA ¹ Leve (%)	IA ¹ Moderada (%)	Valor de p ²
Escolaridade				
<8 anos de estudo	13	27	8	0,35
≥8 anos de estudo	30	21	1	
Estado civil				
Vive com o companheiro	27	21	7	0,23
Não vive com o companheiro	16	27	2	
Renda familiar per capita³				
<1	1,09	2,17	0	0,23
1 e 2	23,91	34,78	6,52	
2 e 3	11,96	7,61	1,09	
4 ou mais	6,52	4,35	0	
Profissão				
Do lar	11	19,19	4,04	0,65
Doméstica	4,04	9,091,01	1,01	
Aposentada	8,08	-	2,02	
Gastos mensais familiares				
Alimentação	36	37	6	0,69
Vestuário	26	24	4	
Medicamentos	23	19	4	0,30
Lazer	19	12	-	
Saúde	17	8	1	0,28
Plano de saúde				
Sim	19	9	1	0,29
Não	24	39	8	

¹IA: Insegurança Alimentar; ²Teste qui-quadrado, sendo o nível de significância menor que 5% (p-valor<0,05); ³Considerando o valor do salário mínimo no ano de 2013 (R\$678,00).

alimentar independe do estado civil das mulheres.

Em relação ao maior gasto salarial destas mulheres com a insegurança alimentar leve e suas respectivas famílias, 37% (n=37) tinha maior gasto na alimentação com R\$435,13 (±206,56).

DISCUSSÃO

O estudo realizado por Silva e Zaffari (2009) com 168 mulheres indica que 65,45% (n=108) tinham escolaridade até 8 anos, dados estes diferentes aos encontrados na presente pesquisa.⁹

Entre as entrevistadas o gasto mensal com alimentação foi de R\$ 543,83 estando acima da despesa média mensal com alimentação que é de 19,79% da renda, representando R\$ 474,06 conforme dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF).¹⁰

Uma pesquisa de base populacional ao estimar a prevalência de insegurança alimentar em 1.085 domicí-

lios do distrito de Campos Elíseos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro encontrou que mais da metade das famílias sofriam com insegurança alimentar em diferentes níveis.⁵

Em um estudo de base populacional realizado durante a crise econômica em Portugal com usuários de atenção primária à saúde, a maioria das famílias com insegurança alimentar (33,4%) está no nível menos grave - baixo *Food Insecurity* (FI) - o que significa que os inquiridos, pelo menos, tinham ansiedade sobre como acessar uma alimentação adequada ou tinha reduzido a qualidade da sua ingestão de alimentos, sem reduzir substancialmente a sua quantidade de alimentos. Por outro lado, os níveis de FI moderados e graves indicam situações em que a quantidade de ingestão de alimentos foi reduzida pela falta de recursos para adquirir alimentos enquanto que entre a população estudada em Santa Maria/RS, nenhuma mulher foi classificada em insegurança alimentar grave.⁸

As regiões sul e sudeste, devido às melhores condições socioeconômicas e ambientais, apresentam os menores valores de prevalência de insegurança alimentar grave, sendo que na região sul é inexistente os municípios que apresentam insegurança alimentar grave.¹¹

A prevalência de insegurança alimentar é 10 vezes maior em famílias que receberam menos de dois salários mínimos em relação àquelas que receberam quatro ou mais salários concordando com a presente pesquisa. É no grupo de menor renda que são encontradas as maiores prevalências de insegurança alimentar.¹² Entretanto nesta pesquisa a renda familiar não apresenta associação com a insegurança alimentar.

Atualmente, sabe-se que situações de vulnerabilidade socioeconômica estão associadas a níveis de saúde consideravelmente mais baixos. Assim, é neste contexto, que o atual crescente das desigualdades sociais e o seu impacto na saúde e no acesso e/ou consumo de alimentos tem vindo a ganhar expressão nas agendas das políticas de saúde a nível europeu.¹³

O índice de escolaridade < 8 anos dos chefes de família consiste em um fato relevante. A escolaridade é um fator importante na determinação da situação de segurança alimentar, principalmente da mãe é o que mais interfere na utilização da renda e dos serviços públicos. Assim quanto maior o nível de escolaridade, menor a proporção de insegurança moderada ou grave.^{5,14,15}

Não morar com o companheiro é um dos fatores que pode determinar a insegurança alimentar leve, pois os companheiros exercem uma influência positiva na condição socioeconômica da família, bem como no apoio social, emocional e educacional.¹⁶ Mas este indicador não se mostrou preditor de insegurança alimentar no presente estudo, pois 71% das mulheres viviam com seus companheiros.

A maioria dos adultos residentes em domicílios com insegurança alimentar relatam ser incapazes de arcar com refeições equilibradas e conseqüentemente passam fome porque não havia dinheiro suficiente para comida. Mudanças na dieta associadas com a insegurança alimentar podem persistir durante longos períodos, porque as

famílias com insegurança alimentar muitas vezes experimentam repetidos cortes no orçamento de alimentos. Adultos norte-americanos que vivem em domicílios com insegurança alimentar consomem menos porções semanais de frutas, verduras e laticínios e menores níveis de micronutrientes.¹⁷ O resultado da presente pesquisa está de acordo com o que seria esperado: famílias em condições socioeconômicas menos favorecidas apresentaram maior prevalência de insegurança alimentar.

O perfil nutricional destas mulheres indica que a insegurança alimentar pode estar relacionada não somente à diminuição da quantidade de alimentos como à perda da qualidade nutritiva, ou seja, relacionada a refeições hipercalóricas em detrimento daqueles alimentos industrializados ricos em gorduras, sódio e açúcar uma vez que o excesso de peso e a obesidade foram mais frequentes. No Brasil, essas disparidades na qualidade da alimentação de sua população já foram referidas, tomando a renda como fator de comparação. Apesar dos anos de estudo entre as mulheres avaliadas ser maior ou igual a 8 anos de estudo, a profissão do lar por elas informada, pode ser um dos fatores que influencia a renda familiar e a conseqüente presença de insegurança alimentar.

REFERÊNCIAS

1. Gulliford MC, Mahabir D, Rocke B. Food insecurity, food choices, and body mass index in adults: nutrition transition in Trinidad and Tobago. *Int J of Epidemiol* 2003; 32(4): 508-16. Available from: <http://ije.oxfordjournals.org/content/32/4/508.long>.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf> Acesso em: 20 jan. 2014.
3. Pinto JN. Direito à Alimentação e Segurança Alimentar e Nutricional nos Países da CPLP: diagnóstico de Base. FAO, 2011.
4. Rosa DD. Interventions to reduce household food insecurity: a synthesis of current concepts and approaches for Latin America. *Rev. Nutr.* [online]. 2008; 21(Suppl): 159S-173. DOI:10.1590/S1415-52732008000700014.
5. Salles-costa R, Pereira RA, Vasconcellos MTL, *et al.* Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Nutr* 2008;21(Suppl):99S-109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/09.pdf>.
6. Hackett M, Quiñonez HM, Escamilla RP, *et al.* Gender of respondent does not affect the psychometric properties of the Brazilian Household Food Security Scale. *Int J of Epidemiology* 2008; 37(4): 766-74.
7. Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, *et al.* Projeto: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Unicamp; 2003. Relatório Técnico.
8. Gregório MJ, Graça P, Costa A, *et al.* Time and regional

- perspectives of food insecurity during the economic crisis in Portugal, 2011-2013. *Saude soc.* [Internet]. 2014 Dez [citado 2015 Jun 14]; 23(4): 1127-1141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902014000401127&lng=pt. DOI:10.1590/S0104-12902014000400001.
9. Silva PC, Zaffari D. Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde. *Scient Med* 2009; 19(1): 17-26.
 10. Ministério da Saúde (BR). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil 2010, 54p. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf. Acesso em 22 jun. 2013.
 11. Gubert M.B, Benício MHDA, Santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios brasileiros. *Cad saúde pública* 2010; 26(8):1595-1605. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/13.pdf>.
 12. 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 saúde pública* 2010; 26(1): 41-9. Apud: Ministério da Saúde. Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano a alimentação adequada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 13. Gregório MJ, Graça P, Nogueira PJ, *et al.* Proposta metodológica para avaliação da Insegurança Alimentar em Portugal. *Rev Nutricias* 2014; 21:4-11, APN.
 14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio PNAD: Segurança alimentar, 2004/2009. Rio de Janeiro, 2010.
 15. Barroso GS, Salles-Costa R, Sichieri R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(3): 484-494.
 16. Cristóvão MF, Sato APS, Fujimori E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(2):1667-1672. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/05.pdf>.
 17. Seligman HK, Laraia BA, Kushel M. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *J of Nutrition*. 2010; (140): 304-10.