

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: CONDICIONALIDADES DE SAÚDE EM  
MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Aline Braido Pereira**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em**  
**Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: CONDICIONALIDADES DE SAÚDE EM**  
**MULHERES BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.**

Elaborado por

**Aline Braido Pereira**

Orientado por

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Kocoureck**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde, ênfase**  
**Estratégia de Saúde da Família/Atenção Básica**

**Comissão Examinadora:**

**Dra. Sheila Kocoureck**  
(UFSM)-Presidente

**Esp. Ana Paula Seering**  
(SMS)

**Esp. Luciana Denize da**  
**Rocha Molino (SMS)**

Santa Maria, 18 de março de 2014.

## **RESUMO**

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania o presente estudo apresenta como objetivo geral avalia o índice de Segurança Alimentar e Nutricional das mulheres beneficiárias do PBF, referenciadas em duas ESF das regiões centro-oeste e oeste de um município do interior do RS, bem como suas condicionalidades de saúde a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo. Os dados foram processados e analisados no Excel® 2007 e no software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS). Apresentam o perfil sócio demográfico e identificam as condições e modos de vida dos sujeitos da pesquisa. Trata-se de uma pesquisa exploratória. Foram estudadas mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família de Santa Maria (RS) e encontrada alta prevalência de Obesidade nas mulheres (67,5%); A maioria das famílias (87,5%) apresentou Insegurança Alimentar, sendo em 22,5% grave. Esses achados demonstram a necessidade de ações integradas entre políticas de educação/saúde na Atenção Básica e os programas de transferência de renda.

## **PALAVRAS CHAVES**

**Bolsa Família; Promoção da Saúde; Atenção Primária a Saúde; Promoção da Saúde; Segurança Alimentar e Nutricional.**

## **ABSTRACT**

Food and nutrition as basic for the promotion and protection of health requirements , enable the full realization of the potential for growth and human development , quality of life and citizenship, this study presents the general objective evaluates the index for Food Safety and women beneficiaries of PBF , referenced in two regions of the ESF midwest and west of a municipality in the RS , as well as their health conditionalities in order to impact the quality of life of the subjects of this study . Data were processed and analyzed in Excel ® 2007 and the Statistical Package for the Social Sciences 15.0 ( SPSS ) . Present the sociodemographic profile and identify the conditions and ways of life of the subjects . This is an exploratory research . Women beneficiaries of Bolsa Família Santa Maria ( RS ) were studied and found high prevalence of obesity in women ( 67.5 % ) ; Most families ( 87.5 % ) had food insecurity, and severe in 22.5 % . These findings demonstrate the need for integrated policies across education / health in primary care and programs to transfer income shares .

## **KEY WORDS**

**Bolsa Família; Health Promotion; Primary Health Care; Health Promotion; Food Security.**

## **INTRODUÇÃO**

O perfil de saúde da população brasileira e a transição epidemiológica em curso no Brasil, fruto das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população, vêm promovendo profundas alterações no padrão de morbimortalidade e no estado nutricional em

todas as faixas etárias, em todo o espaço geográfico, nas áreas urbana e rural das grandes e pequenas cidades<sup>1</sup>. A *transição nutricional* é um processo de modificações sequenciais de perfil nutricional, condicionado pelas possibilidades de escolha e seleção de alimentos que determinam o padrão alimentar de grupos populacionais. Assim, as mudanças socioeconômicas e demográficas, influenciam no modo de viver, adoecer e morrer (processo saúde-doença) das populações.<sup>2</sup>

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania<sup>3</sup>. Além disso, contribuem sobremaneira para o enfrentamento da atual situação epidemiológica do país, representada pela tripla carga de doenças, que envolve: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas<sup>4</sup>. As ações de alimentação e nutrição representam papel fundamental no contexto da Atenção Básica em Saúde e, em especial, na Estratégia de Saúde da Família.

O acesso a alimentação é um direito básico e primordial aos seres humanos. Este direito é assegurado pela segurança alimentar que consiste no acesso por meios socialmente aceitáveis a uma dieta qualitativa e quantitativamente adequada às necessidades humanas individuais para que tanto o indivíduo quanto seu grupo familiar possam manter-se saudáveis<sup>5,6</sup>. Entretanto casos como a fome ou o aparecimento de patologias, podem ocasionar a insegurança alimentar que engloba diversos fatores como: a preocupação em virtude do acesso a comida, o fato de passar fome, a perda da qualidade nutritiva da dieta, a redução da diversidade alimentar e da quantidade de alimentos<sup>6</sup>.

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) encontra-se em constante construção, modificando-se, significativamente, ao longo das últimas décadas. Revisitando o início do século XX, é possível descrever as diversas etapas de sua elaboração. Trata-se, pois, de uma questão histórica. Com o período do entre guerras e a recessão econômica de 1930, a problemática da fome, amplificada a partir desses acontecimentos, passa a determinar o conceito de Segurança Alimentar. Nessa época, as políticas alimentares eram voltadas para o problema dos preços altos e da falta de alimentos<sup>7</sup>.

Grupos populacionais com baixo poder aquisitivo ou que encontram-se em situação de vulnerabilidade ocasionada pela presença de alguma doença crônica são os mais afetados pela insegurança alimentar. A insegurança alimentar pode produzir deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades, conforme a exposição a determinados tipos de riscos<sup>8</sup>.

Considerando as funções da atenção básica que incluem proteção, promoção, cura e reabilitação, o enfoque serão as ações de promoção da saúde que visam a prática regular de atividades físicas, a reeducação alimentar, os bons hábitos de saúde e a capacitação dos sujeitos para atuar na melhoria de sua qualidade de vida prevenindo agravos de saúde, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das prioridades em saúde pública<sup>9</sup>.

A adoção do conceito de Promoção da Saúde como elemento redirecionado das políticas do Ministério da Saúde impõe a necessidade de sistematizar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, propostas intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores<sup>10</sup>. São múltiplas as faces do estar saudável ou estar doente, e, reconhecida essa complexidade, o profissional lidará com as questões de saúde e de doença de maneira diferenciada frente ao sujeito.

## **CENÁRIO DO ESTUDO: CONTEXTUALIZANDO COM A PRÁTICA**

Estudo realizado no município de Santa Maria situada no centro do estado do Rio Grande do Sul com uma população estimada de 262,368 mil habitantes em 2011. O estudo foi realizado no território adscrito de duas Estratégias de Saúde da Família. ESF Alto da Boa Vista (ABV) na região oeste do município que atende uma população de cerca de 4500 pessoas, sendo a equipe composta por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de serviços gerais duas vezes na semana e 6 agentes comunitários de saúde (ACS) e a ESF Vila Lúcia (VL) que atende cerca de 4000 pessoas, equipe composta por médica, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e 5 ACS. Ambas as equipes constituem-se como equipes mínimas, sem equipes de saúde bucal. Os territórios adscritos das ESF com alta vulnerabilidade social são marcados pela alta vulnerabilidade com altos índices de usuários de drogas, violência, prostituição e baixa renda.

A ESF VL encontra-se na região centro oeste de Santa Maria, situada às margens do Arroio Cadena, cercada pelo muro da Corsan e do SESI a Leste, o muro da RBS TV ao Norte e o muro do Bairro Noal a Leste, ou seja é uma comunidade entre muros visíveis e que realmente são separatistas. Cerca de 4000 mil famílias moram na área que hoje é regularizada. É um espaço de muita diversidade cultural por parte dos moradores, como tem trabalhadores e chefe de família tem usuários de drogas e prostituição a luz do dia, a área não tem espaço de lazer comum aos moradores, tem três escolas na região uma de ensino médio, uma de ensino fundamental e outra de educação infantil.

As regiões em estudo do ABV e VL refletem profundas desigualdades sociais que marcaram a história desses locais e que ainda não deixaram de agir sobre as condicionalidades

de vida da população, sendo escolhido para o estudo o recorte de mulheres beneficiárias do PBF.

Nessas ESF estão inseridos o Programa de Residência Multiprofissional Integrado (PRMI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com ênfase na Atenção Básica/ESF, residentes da Educação Física, Enfermagem, Psicologia, nutrição e Fisioterapia na ESF ABV e residentes da Nutrição, Serviço Social e Enfermagem na ESF VL. Considerando as funções da atenção básica que incluem proteção, promoção, cura e reabilitação, o enfoque de atuação dos residentes na comunidade foi em ações de promoção em saúde que visam a prática regular de atividades físicas, a reeducação alimentar, os bons hábitos de saúde e a capacitação dos sujeitos para atuar na melhoria de sua qualidade de vida prevenindo agravos de saúde, principalmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), uma das prioridades em saúde pública e de suma importância pela característica das comunidades com alta vulnerabilidade social, que aumenta a exposição aos fatores de risco das DCNT.

Como requisito para obtenção do grau de especialista pelo PRMI é necessário à elaboração de um trabalho que deve ser multiprofissional, envolvendo pelo menos três núcleos profissionais diferentes no formato de uma pesquisa seguido de intervenção baseado nos dados obtidos com a pesquisa.

O trabalho na residência focado principalmente na promoção de saúde, bem como a alta vulnerabilidade social nos ambientes em que estamos inseridos desencadeou o tema de pesquisa intervenção para o projeto final da residência: “PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Limites e Possibilidades para o trabalho em saúde”. Sendo trabalhado de forma multiprofissional por Educador Físico, Enfermeira, Psicóloga e Nutricionista.

Justifica-se a escolha desse tema por tratar-se de territórios que se encontram na periferia do município no interior do Rio Grande do Sul (RS), com alta vulnerabilidade social, os quais estão adstritos as Estratégias Saúde da Família (ESF) em estudo. Optou-se pelo recorte populacional de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) pela grande vulnerabilidade que estas apresentam.

Contudo, o presente estudo apresenta como objetivo geral avalia o índice de Segurança Alimentar e Nutricional das mulheres beneficiárias do PBF, referenciadas em duas ESF das regiões centro-oeste e oeste de um município do interior do RS, bem como suas condicionalidades de saúde a fim de impactar na qualidade de vida dos sujeitos deste estudo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa<sup>11</sup> que se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Neste estudo optou-se por este tipo de pesquisa porque se pretende conhecer e analisar as situações vividas por mulheres usuárias dos serviços de saúde de um município no interior do Rio Grande do Sul, construindo assim, reflexões e contribuições para o cuidado em saúde.

No presente estudo os autores propõem apresentar o enfoque da Segurança Alimentar e Nutricional correlacionados com aspectos de vida de usuárias dos serviços de saúde pertencentes às áreas de abrangência das ESF do estudo, beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF).

A amostra constitui-se de 40 mulheres, maiores de 18 anos adstritas as ESF em estudo e beneficiárias do programa bolsa família. Para coleta de dados os residentes inseridos no

local e familiarizados com o instrumento de coleta abordaram usuários que procuravam a ESF no espaço da unidade de saúde ou no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Oeste, levando cerca de trinta minutos para o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo foi realizado de maneira a respeitar as normas de Resolução 466 de 2012<sup>12</sup> tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos está registrado sob nº 19349113.0.0000.5346 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios de inclusão serão mulheres beneficiárias do PBF, adstrita às ESF do estudo, com mais de 18 anos de idade e que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

## **LOCAL DO ESTUDO**

O estudo será realizado em ESF de um município no interior do Rio Grande do Sul (RS). A escolha por estas ESF deve-se ao fato de serem as unidades de referência dos pesquisadores, os quais são residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Área de Concentração Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.

Nesta unidade de saúde estão alocados os profissionais enfermeiro, nutricionista e assistente social da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM.

As entrevistas foram realizadas na ESF em estudo e no CRAS Oeste.

## **INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Para a realização deste estudo foi utilizada uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE I), onde as participantes puderam expressar suas opiniões e sentimentos, revelando aspectos subjetivos que não seriam encontradas em outras fontes, assim o estudo pode chegar a níveis mais profundos da realidade.

Foi utilizado um instrumento validado para coleta de dados quantitativos que é: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que consistiu na aplicação de um questionário estruturado que visa verificar a percepção da segurança e insegurança alimentar. Por meio deste questionário obteve-se um somatório de pontos que classifica a insegurança alimentar em: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, insegurança alimentar moderada ou insegurança alimentar grave.<sup>13</sup>

A entrevista é a técnica de interrogação que apresenta maior flexibilidade, podendo incorporar as mais diversas formas e o entrevistador, guia-se por uma folha onde contém um roteiro de questões<sup>14</sup>.

## **SUJEITOS DA PESQUISA**

A escolha dos sujeitos da pesquisa aconteceu por meio de sorteio tendo como base a Avaliação realizada semestralmente conforme protocolo da Secretaria de Assistencial Social do município. Cada usuária sorteada foi convidada individualmente a participar do estudo. A pesquisa foi apresentada, bem como seus objetivos e as avaliações a serem realizadas de forma clara e sucinta sem oferecer qualquer tipo de prejuízo à participante que concordar com a proposta. Não houve necessidade de interromper a pesquisa em nenhum momento por constrangimento ou negação de respostas.

A amostra se dará por saturação teórica das respostas<sup>15</sup>, a não necessidade da representação numérica nas pesquisas qualitativas é um dos fatores de ter amostras menores que na quantitativa. A ferramenta de constatação de saturação é de ordem cognitiva. Na coleta

de dados nenhum discurso é igual ao outro, porém poderia apresentar elementos comuns, quando ocorre essa repetição de elementos podemos considerar que a amostra está saturada, ou utilizar a expressão “amostra completa”.

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados referentes ao presente estudo foram processados e analisados de forma eletrônica a partir da construção de um banco de dados (Excel® 2007) e de um programa de análise específico para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, o *software Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS).

Para análise será utilizada a proposta de Análise de Conteúdo Temática de Minayo<sup>16</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A alimentação e a nutrição, enquanto requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania<sup>17</sup>.

Os problemas alimentares e nutricionais da população tem sido discutidos como questão política no Brasil desde o início do século XX<sup>18</sup>, e as políticas sociais nessa área tem se voltado principalmente para o monitoramento e recuperação do estado nutricional dos indivíduos, como também para o enfrentamento das questões relacionadas a fome<sup>19</sup>.

No presente estudo o perfil das mulheres beneficiárias do PBF foi que a maioria das mulheres, 62,5% (n=25) é da raça branca, 55% (n=22) são casadas/com companheiro, 80% (n=32) delas trabalha e 55% (n=22) possuem ensino fundamental incompleto. Das entrevistadas, 11 (27,5%) relataram ter algum tipo de doença. Das 40 participantes, 14 (35,0%) disseram praticar algum tipo de atividade física. Em 77,5% (n=31) dos casos, as entrevistadas referiram não utilizar nenhum tipo de bebida alcóolica.

Avaliando os resultados, verifica-se que todas as participantes da pesquisa responderam ter filhos. A maioria delas, 40% (n=16) diz ter menos de dois filhos.

Em relação aos moradores da casa, nota-se que a maioria das entrevistadas diz morar com 3 a 5 pessoas na casa. Quando se avalia o número de trabalhadores, verifica-se que na maioria das casas (72,5%, n=29) existe um trabalhador.

Observa-se ainda que 18 (45%) tem alguma atividade que gera renda, e esta renda é prevalente na faixa 1 (1 salário mínimo), que corresponde a 30% das entrevistadas. Ainda, 25% (n=10) dos sujeitos da pesquisa tem renda entre dois e três salários mínimos.

Apresenta-se que em 47% (n=19) das casas das entrevistadas eram de alvenaria, com quatro a cinco cômodos (57,5%, n=23), energia elétrica (95%, n=38), água encanada (97,5%, n=39), saneamento (57,5%, n=23) e lixo coletado (97,5%, n=39).

A média de número de quartos foi de 1,93 (0,88), com no mínimo zero e máximo de 4. Sendo que a maioria das pessoas (57,5%, n=23) citou que sua casa tem dois quartos e duas pessoas citaram que sua casa não tem quartos.

Estudo semelhante encontrou que adultos (n = 326) tinham idade média de 34,3 anos (DP =8,7 anos), sendo 8,7% do sexo masculino e 61,3% feminino. Na maioria das famílias a m.e era responsável pelo benefício (89,2%), trabalhava só no lar (55,5%) e tinha baixa escolaridade, e cerca de 70% eram analfabetas funcionais. Na avaliação nutricional foi possível visualizar que 51,2% do total de adultos apresentaram excesso de peso, e desses, 48% eram mulheres, e quase a metade da população adulta possuía circunferência da cintura inadequada (45,4%).

TABELA 1- (In) segurança alimentar e nutricional em mulheres beneficiárias do programa bolsa família. Santa Maria/RS, 2013.

(In) Segurança Alimentar	Mulheres
Grave	9(22,5%)
Leve	16 (40,0%)
Moderado	10 (25,0%)
Segurança Alimentar	5 ( 12,5%)

Na Tabela 1 podemos observar que entre as beneficiárias do PBF a avaliação da Segurança Alimentar classificou-se a maioria 40% (n=16) que apresentam leve IA, seguido pela Insegurança Moderada 25% (n=10), e Insegurança Grave com 22,5% (n=9). Segurança Alimentar apenas 12,5% (n=5) das entrevistadas apresentaram.

O que se refere aos gastos com alimentação cabe considerar que há um pressuposto que as preferências cotidianas de consumo alimentar das famílias mais pobres seguem uma lógica otimizadora do ponto de vista financeiro (compra de alimentos mais baratos que permitem cobrir as necessidades nutricionais). No entanto, perfis de consumo superam tanto os preceitos estritamente nutricionais quanto econômicos, levando em conta outros valores como a praticidade no preparo, o tempo gasto no processamento dos alimentos, os aspectos simbólicos, a cultura, a dimensão psicossocial. Portanto, compreender a lógica de escolha e o perfil de gastos familiares é fundamental para a formulação de intervenções adequadas a cada contexto<sup>20</sup>.

TABELA 2- (In) segurança alimentar e nutricional em mulheres beneficiárias do programa bolsa família em relação à renda da família. Santa Maria/RS, 2013.

Variável	Renda		p-valor
	1	2 ou mais	
(In) Segurança Alimentar			
Grave	7 (70,0%)	3 (30,0%)	-
Leve	12 (75,0%)	4 (25,0%)	
Moderado	8 (80,0%)	2 (20,0%)	

Na Tabela 2 observamos que avaliação da (In) segurança alimentar e nutricional relacionada com a renda das entrevistadas ficou descrita como quem recebe renda de até um salário mínimo ou seja Renda 1 na Tabela 2 foi a amostra que apresentou maiores riscos de (In) segurança alimentar e nutricional Insegurança Leve 75% (n=12), Insegurança Moderada com 80% (n=8) e Insegurança Grave 70% (n=7), já os que apresentaram Renda 2, 2 salários mínimos ou mais, representou no estudo os menor risco de Insegurança Alimentar,

Insegurança Leve 25% (n=4), Insegurança Grave 30% (n=3) e Insegurança Moderada com 20% (n=2).

Através da associação entre a Insegurança Alimentar (IA) e variáveis sociodemográficas, observou-se que as proporções de IA foram maiores na classe econômica D ou E, nas casas com quatro ou mais pessoas, que não recebem outro benefício, com renda menor que R\$ 545,00, com moradia n.o própria, com água proveniente de poço/cacimbão, sem esgoto, que a m.e era respondente, com idade menor de 40 anos, não trabalhava, com circunferência de cintura inadequada e excesso de peso. As variáveis, número de pessoas na casa e o fato de n.o trabalhar no momento do estudo foram estatisticamente associados à IA.

A pobreza e a obesidade estão intimamente ligada<sup>21</sup>. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 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<sup>22</sup>.

No entanto, o excesso de peso está presente em 30% das mulheres cuja renda per capita é menor ou igual a meio salário mínimo<sup>23</sup>.

Em relação às associações entre excesso de peso e nível sócio-econômico, em países desenvolvidos, renda e nível educacional estão inversamente associados à obesidade, principalmente no sexo feminino.<sup>22</sup> Entretanto, de acordo com análises realizadas.<sup>29</sup> em sociedades em transição, como o Brasil, a renda tende a ser um fator de risco, enquanto que a educação desempenha papel protetor.

TABELA 3- (In) Segurança Alimentar e Nutricional em mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC). Santa Maria/RS, 2013.

Variável	IMC		
	*Eutrofia	***Obesidade	**Sobrepeso
(In)Segurança alimentar			
Grave	1 (11,1%)	6 (66,7%)	2 (22,2%)
Leve	2 (12,5%)	12 (75,0%)	2 (12,5%)
Moderado	1 (10,0%)	9 (90,0%)	0 (0,0%)

Nota: \*  $18 \text{ kg/m}^2 \geq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$  \*\*  $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$  \*\*\*  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$

Na Tabela 3 que relacionou a (In) Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) com o IMC podemos observar que a grande maioria das mulheres apresentou Obesidade relacionada com o risco SAN classificados como Insegurança Leve 75% (n=12), Insegurança Moderada 90% (n=9) e Insegurança Grave 66,7% (n=6) seguido de Sobrepeso com 22,2% (n=2) em Insegurança Grave e 12,5% (n=2) em Insegurança Leve e nenhuma entrevistada Sobrepeso com Risco Moderado de SAN já as Eutróficas representaram valores semelhantes sendo SAN Leve 12,5% (N=2), SAN Grave 11,1% (n=1) e SAN Moderado 10% (n=1).

Ao contrário, mais da metade dos adultos apresentou sobrepeso/obesidade. Esses dados são similares aos da Pesquisa de Orçamento Familiar<sup>22</sup>, que encontraram 48% de excesso de peso nas mulheres e 50% nos homens<sup>24</sup>. Chama a atenção uma elevada taxa de inadequação da circunferência da cintura (47%), sendo esse valor superior ao encontrado<sup>25</sup>, ao estudar mulheres residentes em favelas de Maceió (AL) (35,6%). Esses achados indicam um agravamento da obesidade abdominal em mulheres acima de 40 anos nas classes sociais menos favorecidas.<sup>26</sup>

Embora mais de 50% dos adultos deste estudo tenham excesso de peso, as famílias relataram que os principais itens adquiridos com o dinheiro repassado pelo PBF foram arroz, feijão e frango, alimentos nutricionalmente adequados do ponto de vista qualitativo. A ingestão calórica das mulheres estudadas (1.638,68 Kcal) foi similar as suas necessidades médias recomendadas (1.643,00 Kcal) e à ingestão calórica descrita para mulheres adultas do Nordeste (1.683,00 Kcal).<sup>27</sup> Esses resultados não explicam, portanto, a alta prevalência de sobrepeso/obesidade encontrada.

Já que no Brasil, não temos problemas de oferta de alimentos, mas 46 milhões de indivíduos vivem em situação de risco, pois a sua renda é insuficiente para que eles possam se alimentar nas quantidades recomendadas e com a qualidade e regularidade necessária. A

combinação das informações de renda com outros indicadores sociais, de saúde e nutrição pode contribuir para adequar e integrar diferentes tipos de intervenção às condições familiares.<sup>28</sup>

TABELA 4- Índice de Massa Corporal (IMC) relacionado à doença se possuíam ou não mulheres beneficiárias do programa bolsa família. Santa Maria/RS, 2013.

Variável	Doença		p-valor
	Não	Sim	
IMC			
*Eutrofia	4 (100,0%)	0 (0,0%)	-
**Sobrepeso	5 (100,0%)	0 (0,0%)	
***Obesidade	19 (63,3%)	11(36,7%)	

Nota: \*  $18 \text{ kg/m}^2 \geq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$  \*\*  $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$  \*\*\*  $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$

A Tabela 4 relaciona o IMC e a presença de doenças ou não, podemos observar que a grande maioria não apresenta doenças, Obesas 63,3% (n=19) não tem doenças e 36,7% (n=11) referem possuírem doenças. As mulheres Sobrepeso do PBF, 100% (n=5) não apresentam doenças bem como as que apresentam o IMC normal 100% (n=4) também não apresentam doenças. Considerando o não aparecimento de doenças para essa população temos que considerar que essas mulheres estão no grupo de risco para DCNT, uma vez que a Obesidade e o Sobrepeso estão em maiores incidências de IMC.

O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades.<sup>30</sup> As consequências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como a osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas músculo-esqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves como doença coronariana, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer<sup>30,31</sup> 14. De acordo com o Departamento de Saúde dos Estados Unidos da América (USDHHS), indivíduos obesos ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) têm um risco de morte prematura por todas as causas 50% a 100% maior que indivíduos com IMC entre 20 a 25  $\text{kg/m}^2$ , conforme aponta o Department of Health and Human Services.<sup>31</sup>

O presente estudo aponta informações fundamentais para o planejamento de políticas voltadas a nutrição, mostrando uma alta prevalência de obesidade e sobrepeso na população beneficiária, sendo que tal condição está associada ao maior risco de doenças crônicas não-transmissíveis. Neste sentido observa-se a necessidade de trabalhar com esses indivíduos por meio de ações de educação em saúde e nutrição, a fim de que sejam sensibilizados para a tomada de atitudes que podem modificar seu estado nutricional. Os resultados ora apresentados mostram-se como subsídio para construção e implantação de políticas públicas regionais ligadas à alimentação.

Diversos estudos têm demonstrado que o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive com a transição nutricional, determinada frequentemente pela má-alimentação.<sup>29,30</sup> Ao mesmo tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso, contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis. A essas são associadas as causas de morte mais comuns atualmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo.<sup>31</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que a grande maioria da amostra está em insegurança alimentar sendo motivo de preocupação uma vez que a insegurança alimentar medida pela escala apresenta-se em um nível de alerta, 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.

E claro que um bom estado nutricional não depende apenas da segurança alimentar, mas também do acesso a outras condições para uma vida saudável como moradia, abastecimento de água, condições sanitárias, acesso a serviços de saúde, educação, lazer etc.

A falta de acesso nos remete às várias discussões a que temos assistido e que são generalizadas como demanda reprimida. Enquanto quem está de frente para os problemas, os trabalhadores, não sentirem isso como direito da população e trouxerem à tona junto às instâncias do poder, será difícil incluir alguma estratégia que reverta esse quadro.

O avanço na implementação de ações de Alimentação e Nutrição tende a crescer à medida que o próprio modelo de Atenção Básica se consolida no país, agregando a racionalidade da organização do cuidado integral em saúde nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde. A expansão no número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com incorporação do nutricionista, tende a potencializar as ações aqui descritas. No entanto, também se configura como um desafio a apropriação das ações de alimentação e nutrição por outros profissionais de saúde, respeitando-se competências e atribuições específicas. Assim, destaca-se a necessidade da formação de profissionais aptos a colocar em prática as ações propostas para a Atenção Básica e para os demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde.

Ainda temos um longo caminho a se percorrer em nosso trabalho, porém podemos constatar, grandes conquistas foram construídas com vínculo, acolhimento e sempre trabalhando a autonomia desses sujeitos implicados nos processos de mudança.

## REFERÊNCIAS

1. Assis AMO, Santos SMC, Freitas MCS, et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev Nutr. PUCCAMP* 2002; 15(3):255-66.
2. Pinheiro ARO, Freitas SFT, Corso ACT. Uma abordagem epidemiológica da Obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.17, n.4, out.-dez. 2004.p.523-533.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
4. Mendes EV. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. 2009. [acesso set. 2013]. Disponível em: <<http://new.paho.org/bra/apsredes>>.
5. Marín-Leon L, et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1440, 2005.
6. Côrrea MAS, et al. (In) Segurança Alimentar no Brasil validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. UNICAMP, 2003, 47 p.
7. Sampaio MFA, et al. (In) Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v.13, n.1, p.64-77, 2006.
8. Pereira DA, et al. Insegurança Alimentar em Região de Alta Vulnerabilidade Social da Cidade de São Paulo, *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 13, n. 2, p.34-42, 2006.
9. Monteiro CA, Conde WL. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil. 1975-1989-1997. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999; 43: 186-94.
10. ANDRADE LOM et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos, G. W. de S. et al (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ed São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008PEDUZZI, Marina.
11. MINAYO MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.
12. Resolução 466. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2012.
13. Sampaio MFA, et al. (in)Segurança alimentar em populações rurais do estado de São Paulo: grupos focais com assentados, agricultores familiares tradicionais, trabalhadores assalariados e quilombolas. 2006.
14. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Edição. São Paulo: Atlas, 2008.

15. Fontanella, BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 17-27
16. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007
17. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
18. Uchimura KY, Bosi MLM. Programas de comercialização de alimentos: uma análise das modalidades de intervenção em interface com a cidadania. *Rev Nutr* 2003; 16(4): 387-97.
19. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Programa Bolsa-Família*. 2008. Disponível em <http://www.mds.gov.br>. [Acessado em 23 de outubro de 2013]
20. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2000.
21. Drenowsky A. Obesity, diets and social inequality. *Nutr Rev* 2009; 67S: S36–S39.
22. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2011.150 p.
23. Lima FEL, Rabito EI, Dias MRMG. Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba, PR. *Rev. bras. epidemiologia*. [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 198-206 .
24. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 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: [s.n.], 2010a.
25. Ferreira HS, et al. Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada. *rev. nutr. Campinas*, v.18, n.2, Abr., 2005.
26. Cabral MJ, et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estudos Avançados*, [S.l.], v. 27, n. 78, p. 71-87, jan. 2013. ISSN 1806-9592.
27. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Análise do consumo alimentar e pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010b.
28. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual de Gestão de Condicionalidades. 1ª Edição. Brasília – DF. 2006.
29. Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:S181-91.
30. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:S87-99.

31. World Health Organization. The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.

## APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. INSTRUMENTO Nº\_\_\_\_ DATA DA COLETA:\_\_\_\_\_ UR:\_\_\_\_\_
2. Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_
  - a. Cor atribuída: \_\_\_\_\_
  - b. 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena
  - c. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/companheiro  
( ) Separado/divorciado ( ) Viúvo
3. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não  
 Quantos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_  
 Algum deles possui alguma deficiência? ( ) Sim ( ) Não  
 Qual deficiência? \_\_\_\_\_
4. Ocupação do(a) chefe da família: \_\_\_\_\_
  - a. Quantos moradores: \_\_\_\_\_
  - b. Quantas pessoas trabalham em sua casa: \_\_\_\_\_
5. Grau de Escolaridade:
  - a. ( ) Não sabe ler/escrever ( ) Alfabetizado ( indivíduo lê e escreve pelo menos um bilhete)
  - b. ( ) ensino fundamental ( ) completo ( ) incompleto
  - c. ( ) ensino médio ( ) completo ( ) incompleto
  - d. ( ) curso técnico ( ) completo ( ) incompleto
  - e. ( ) curso superior ( ) completo ( ) incompleto
6. Tipo de casa: ( ) madeira ( ) mista ( ) alvenaria ( ) outro
7. Número de cômodos: \_\_\_\_\_
  - 7.1 Número de quartos em sua casa: \_\_\_\_\_
8. Possui energia elétrica: ( ) Sim ( ) Não
9. Abastecimento de água de sua casa: ( ) água encanada ( ) água de poço  
( ) nascente
10. Saneamento: ( ) encanamento ( ) fossa ( ) céu aberto
11. Destino do lixo: ( ) coletado ( ) queimado ( ) céu aberto
12. Desenvolve atividades extras que geram renda? \_\_\_\_\_
13. Qual aproximadamente o valor de sua renda familiar (bruta), de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa:
  - a. ( ) 0-1 Salários Mínimos
  - b. ( ) 1-2 Salários
  - c. ( ) 2-3 Salários
  - d. ( ) Mais de 3 Salários Mínimos
14. Vou listar algumas doenças ou problemas de saúde, me diga, por favor, se tem ou não:

Doenças	1 sim	2 não
Doença respiratória/ asma		
Dores no corpo		
Pressão alta		
Deficiência física		
Diabetes		
Depressão		

Hepatite		
Doença cardíaca		
Doença mental		
Nos dentes		
Dependência química/ álcool		

15. Vou listar alguns produtos, me diga, por favor, se usa ou consome algum deles:

Produtos	1. Todos os dias	2. De vez em quando	3. Não usa
Medicamentos:			
Bebidas alcoólicas			
Cigarro			
Pratica ativ. Física			

Cigarro: Quantos ao dia? Há quanto tempo consome?

16. Saúde para você é: ( ) ter medico ( ) espaço de lazer ( ) escola ( ) renda ( ) moradia ( ) amigos ( ) família ( ) religião ( ) medicamento
17. No último mês você procurou atendimento em saúde? ( ) Sim ( ) Não
18. Em que lugar buscou este atendimento? ( ) PA/UPA ( ) ESF ( ) UBS
19. Buscou o quê?
20. Conseguiu? ( ) Sim ( ) Não
21. Recebeu os medicamentos necessários? ( ) Sim ( ) Não
22. Promoção de saúde pra você é: ( ) visitas domiciliares ( ) mais profissionais ( ) bom atendimento de saúde ( ) escola. Outros \_\_\_\_\_
22. Você sabe o que a ESF está fazendo para melhorar a sua saúde? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, em que: ( ) campanhas ( ) mais profissionais ( ) grupos de saúde ( ) atendimentos
23. O que você acha que a ESF poderia oferecer para promover a saúde da população: ( ) mais campanhas ( ) medicamentos ( ) profissionais ( ) grupos de saúde
24. Na sua opinião, quais as principais dificuldades encontradas na ESF?  
 ( ) Falta de profissionais ( ) Falta de preparo dos profissionais ( ) Falta de medicamentos  
 ( ) Reduzido número de fichas ( ) Tempo prolongado de espera
25. Como você considera seu estado geral de saúde: ( ) muito bom ( ) bom ( ) ruim ( ) está melhorando ( ) está piorando
26. O que te deixa feliz? ( ) filhos ( ) trabalho ( ) ter renda ( ) amigos ( ) saúde  
 Outro \_\_\_\_\_
27. O que você faz para se divertir? ( ) assiste à televisão ( ) faz trabalhos artesanais ( ) pratica exercícios ( ) faz passeios ( ) desenvolve o trabalho doméstico  
 ( ) ouve música ( ) utiliza o computador/notebook
28. Recebe Bolsa Família? ( ) Sim ( ) Não
- a. Tempo de Recebimento do Benefício:
- b. ( ) 01 - 03 anos
- c. ( ) 04 - 07 anos

29. Avaliação:

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ CQ \_\_\_\_\_ Risco \_\_\_\_\_ CB \_\_\_\_\_

Classificação: \_\_\_\_\_

## 30. Questionário de Segurança Alimentar:

**ATENÇÃO ENTREVISTADORA (O) ESTE MÓDULO DEVE SER RESPONDIDO POR PESSOA ADULTA, RESPONSÁVEL OU COM CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES ALIMENTARES NO DOMICÍLIO**

**Em todos os quesitos, você deve se referir aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta da (o) entrevistada (o).**

**Agora vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que você responda a todas elas.**

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS
1	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/3) Não sabe.....98 (Pule p/3)
2	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias ..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
3	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/5) Não sabe.....98 (Pule p/5)
4	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias ..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
5	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/7) Não sabe.....98 (Pule p/7)
6	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias ..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

**OS QUESITOS 7 E 8 DEVEM SER PERGUNTADOS SOMENTE EM DOMICÍLIOS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E OU ADOLESCENTES)**

7	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/9) Não sabe.....98 (Pule p/9)
8	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98

**CASO A(O) ENTREVISTADA(O) TENHA RESPONDIDO “NÃO” OU “NÃO SABE” EM TODOS OS QUESITOS 1, 3, 5 E 7 ENCERRE O MÓDULO. CASO CONTRÁRIO (QUALQUER UM DOS QUESITOS RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENTE), SIGA PARA O QUESITO 9.\***

9**	NOS ÚLTIMOS 3 MESES, VOCÊ OU ALGUM adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/11) Não sabe.....98 (Pule p/11)
10	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
11	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/15) Não sabe.....98 (Pule p/15)
12	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
13	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/17) Não sabe.....98 (Pule p/17)
14	Com que frequência? <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias..... 03 Não sabe..... 98
15	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/19) Não sabe.....98 (Pule p/19)
16	A QUANTIDADE DE PESO QUE PERDEU FOI: <b>(RESPOSTA ESTIMULADA)</b>	Pequena.....01 Média.....02 Muita.....03 Não sabe.....98

17	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/21) Não sabe.....98 (Pule p/21)
18	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98

**OS QUESITOS ABAIXO DEVEM SER PERGUNTADOS APENAS EM DOMÍLIOS que tem MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES), SE NAO HOUVER MENORES DE 18 ANOS ENCERRE O MÓDULO**

19	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/23) Não sabe.....98 (Pule p/23)
20	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98
21	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/25) Não sabe.....98 (Pule p/25)
22	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98
23	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/27) Não sabe.....98 (Pule p/27)
24	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98
25	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/29) Não sabe.....98 (Pule p/29)
26	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98
27	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?	Sim.....01 Não .....02 (Pule p/31) Não sabe.....98 (Pule p/31)
28	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98
29	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	Sim.....01 Não .....02 Não sabe.....98
30	Com que frequência?  (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias..... 01 Em alguns dias ..... 02 Em apenas 1 ou 2 dias ..... 03 Não sabe ..... 98

Escala com 15 perguntas e suas 15 respectivas frequências quando a resposta ao item é afirmativa.

São 8 perguntas exclusivamente relativas aos adultos da família

São 7 perguntas exclusivamente relativas aos menores de 18 anos da família

Quando existem menores de 18 anos na família todas as 15 perguntas são feitas ao entrevistados

\*O questionário tem a opção de trabalhar com um esquema de filtro para interromper a entrevista quando as famílias tem pequena possibilidade de conviver com insegurança alimentar. Neste caso quando respondem negativamente a todas as perguntas 1, 3, 5 e 7 ( esta última feita para incluir no filtro famílias com menores de 18 anos), interrompe-se as entrevistas.

\*\* Na EBIA aplicada pelo IBGE em 2004, a pergunta 9 foi desdobrada em duas. Uma pergunta ficou com Diminuiu a comida nas refeições. Outra Pulou refeições. Se for feito isso, na análise é necessário juntar as perguntas novamente para ficar com 15 perguntas de novo. Nesse caso basta responder uma das perguntas positivamente para que a pergunta nove seja com resposta positiva.