ISSN 2317-5079



PESQUISA

Determinantes da segurança alimentar de famílias em cenários da estratégia saúde da família em Teresina

Determinants of food security of families in scenarios of the family health strategy in Teresina

Aspectos determinantes de la seguridad alimentaria de las familias, en escenarios de estrategia para salud de la familia en Teresina

Rocilda Cleide Bonfin de Sabóia[1], Marize Melo dos Santos[2]

RESUMO

Entende-se que existe segurança alimentar quando o acesso ao consumo de alimentos faz parte da realidade de todos os membros da família, tanto em qualidade quanto em quantidade necessárias para que tenham uma vida produtiva e saudável. O objetivo deste estudo foi verificar os principais determinantes da segurança alimentar e nutricional de famílias em cenários da Estratégia Saúde da Família. Estudo transversal, descritivo e analítico ocorrido no período de novembro de 2012 a junho de 2013, constituído por 323 famílias. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram questionário da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e dados socioeconômicos e demográficos, respondidos pelo chefe da família. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ UFPI. A renda média encontrada por família foi de R$ 1191,6, e renda *per capita* média foi de R$ 325,00. Na constituição familiar predominou média de 4,1 pessoas por domicílio. A prevalência de segurança alimentar foi de 35%. As variáveis que apresentaram associação com a SA foram: tipo de construção de casa, número de cômodos e número de moradores no domicílio. **Descritores:** Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Saúde da Família. Famílias.

ABSTRACT

It is understood that food security exists when access to food consumption is part of the reality of all family members, both in quality and quantity necessary to have a productive and healthy life. The aim of this study was to investigate the main determinants of food and nutritional security of families in scenarios of the Family Health Strategy. cross-sectional, descriptive and analytical study in the period November 2012 to June 2013, consisting of 323 families. The data collection instruments used were questionnaire of the Brazilian Food Insecurity Scale and socioeconomic and demographic data, answered by the head of household. The study was approved by the Research Ethics Committee - CEP / UFPI. The average income per family found was R $ 1,191.6, and average per capita income was R $ 325.00. The family constitution prevailed average of 4.1 people per household. The prevalence of food safety was 35%. The variables that were associated with SA were: type of house construction, number of rooms and number of household members. **Descriptors:** Food Security and Nutrition. Health Strategy. Families

RESUMEN

Se entiende que existe seguridad alimentaria cuando el acceso al consumo de alimentos es parte de la realidad de todos los miembros de la familia, tanto en calidad como en cantidad necesaria para tener una vida productiva y saludable. El objetivo de este estudio fue investigar los principales determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional de las familias en los escenarios de la Estrategia Salud de la Familia. Estudio transversal, descriptivo y analítico en el período noviembre 2012 a junio 2013, que consta de 323 familias. Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron el cuestionario de la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria y datos socioeconómicos y demográficos, contestado por el cabeza de familia. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación - CEP / UFPI. El ingreso promedio por familia encontrado fue de R $ 1,191.6, y el ingreso per cápita promedio fue de R $ 325,00. La constitución familiar prevaleció promedio de 4,1 personas por hogar. La prevalencia de la inocuidad de los alimentos fue del 35%. Las variables que se asociaron con SA fueron: tipo de construcción de viviendas, número de habitaciones y el número de miembros del hogar. **Descriptores:** Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estrategia de Salud. Familias.

[1] Nutricionista. Mestre pelo Programa de pós-graduação em Alimentos e Nutrição. [2] Nutricionista. Doutora. Professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

ISSN 2317-5079

INTRODUÇÃO

Entende-se que existe segurança alimentar quando o acesso ao consumo de alimentos faz parte da realidade de todos os membros da família, tanto em qualidade quanto em quantidade necessárias para que tenham uma vida produtiva e saudável, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais (CONSEA, 2004). A alimentação "deve suprir as necessidades energéticas do indivíduo, ser nutricionalmente diversificada, respeitar a idade, as condições fisiológicas, a atividade física e, por fim, os hábitos culturais de cada um deles" (PANIGASSI, 2008a).

Segundo Segall-Correa (2008), pode-se verificar o acesso ao consumo de alimentos utilizando-se de uma escala que indica a condição de segurança ou insegurança alimentar no domicílio, chamada de Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que permite o diagnóstico da insegurança alimentar, e que têm sido usada como indicador sensível para identificar famílias em risco (SALLES-COSTA, 2008), utilizada em âmbito Nacional na Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares (PNAD), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2004 (VIANNA; SEGALL-CORREA-2008).

Dados do Ministério da Saúde mostraram que quase 70% dos domicílios estavam em condição de segurança alimentar em 2009, tendo crescido cinco pontos a mais do resultado observado na PNAD de 2004, mostrando que 34,8% da população brasileira sofriam com algum grau de insegurança alimentar, representando um importante problema de saúde pública (IBGE, 2010).

A renda familiar é o principal fator determinante da condição de segurança ou insegurança alimentar (VIANNA; SEGALL-CORREA, 2008). Resultados da PNAD 2004 e 2009, mostraram que as regiões com maiores salários (Sudeste, Centro-oeste e Sul) ainda mantêm grande diferença em relação às duas mais pobres (Norte e Nordeste) (BRASIL 2011b). Em situações de fome crônica, o indivíduo passa a adaptar a alimentação aos escassos recursos financeiros, levando a uma diminuição tanto da quantidade como da qualidade dos alimentos ingeridos, principalmente dos adultos (PANIGASSI, 2008a).

Este estudo reflete a realidade da Regional de Saúde Sudeste, e por isso, diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar se as famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) deste cenário de Teresina estão em situação de segurança alimentar, para que se possa definir à partir dos resultados, estratégias para o planejamento de políticas públicas de prevenção e combate à fome.

Espera-se, com esse estudo, contribuir para o conhecimento da situação de segurança alimentar e nutricional das famílias atendidas pela ESF da Regional Sudeste de Teresina – PI, e à partir daí ter-se um panorama fidedigno sobre o problema, a fim de colaborar para a implantação e implementação de políticas direcionadas para a diminuição ou extinção da pobreza e suas consequências.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo e analítico sobre a situação de segurança alimentar e nutricional, da população de uma zona periférica da cidade de Teresina-PI, no período de novembro de 2012 a junho de 2013. A pesquisa foi realizada junto a famílias de classe socioeconômica baixa atendidas pela ESF da Regional Sudeste de Teresina-PI, residentes nos bairros Frei Damião e

ISSN 2317-5079

Alto da Ressureição. Nas áreas da pesquisa viviam 3692 famílias, segundo dados obtidos nos cadastros fornecidos pelas equipes locais da ESF. Para efeito de dimensionamento do tamanho amostral tomou-se como parâmetro o dado da PNAD 2009, do IBGE, cuja estimativa foi que 70% das famílias brasileiras encontravam-se em estado de segurança alimentar. Considerando p=0,30 e q=1-p=0,70, uma margem de erro (e) de 5% e nível de confiança de 95%, o tamanho da amostra (n),segundo a fórmula $n= z^2 .pq/e^2$, onde p é a proporção de famílias com segurança alimentar e q é o complemento, ou seja, os que não tem SA, q=1-p e z=1,96 é o escore de curva normal para o nível de confiança estabelecido para o levantamento, o tamanho amostral foi assim calculado:

$$n=1,96^2 \times \frac{0,30x0,70}{(0,05)^2} = 322 \text{ famílias}$$

Os dois bairros possuem 1 (uma) Unidade de Saúde da Família, composta por um total de 4 (quatro) equipes ESF, cujas atividades distribuíam-se em 24 micro-áreas de atuação. A amostragem a ser adotada para a seleção da amostra foi probabilística, cuja unidade amostral foi a família. Essas unidades amostrais foram enumeradas de 1 a 24 (micro-áreas) e sorteadas ao acaso, pela seleção de números aleatórios no programa Biostat 3.0.

Seis (6) micro-áreas (25% do total) foram selecionadas, valor este estabelecido para que o erro padrão das estimativas de segurança fosse de 0,16 para intervalos de confiança para as micro-áreas.

Na micro-área sorteada foram pesquisadas as famílias atendidas, até completar o tamanho da amostra. A unidade de análise do estudo foram as pessoas que compõem as famílias residentes nas 6 micro-áreas sorteadas.

Após o cálculo amostral, procedeu-se a forma de seleção das famílias, obedecendo-se a ordem das ruas.

Em cada microárea sorteada, foram identificados os endereços que a compunham, iniciando-se a coleta sempre pela primeira casa da primeira rua de cada microárea, seguindo-se às demais em ordem crescente: após verificar a primeira casa a ser visitada, os pesquisadores foram orientados a intercalar duas casas e visitar a terceira. Nas casas encontradas fechadas, os pesquisadores retornaram mais duas vezes, em dias subsequentes; caso não fossem bem-sucedidos na visita, seguiam para outra casa, obedecendo à mesma sequência sistemática. Ao término da coleta de dados, verificou-se que o número de casas visitas tinha sido de 323, ao invés de apenas 322, que seria o tamanho da amostra, portanto iincluiu-se mais uma casa no tamanho amostral, que passou a ser de 323 casas.

Foram incluídas as famílias que moravam nos domicílios ativamente cadastrados, nos bairros da área de abrangência da Regional Sudeste.

Os dois instrumentos de coleta de dados utilizados foram questionário EBIA e dados socioeconômicos e demográficos com 11 perguntas, respondidos pelo chefe da família. Cada entrevista durava, em média, 30 minutos. Para tanto, contou-se com equipe composta de 24 acadêmicos do curso de Nutrição, previamente treinados pelos pesquisadores.

A segurança alimentar foi avaliada pela EBIA, que consta de 14 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 um dia todo sem comer (SEGALL-CORREA, 2003).

A EBIA classifica a família em SA ou IA e seus níveis: Leve (IAL), Moderada (IAM) ou Grave

(IAG). Para a construção do escore, é atribuído um ponto para cada resposta positiva. O domicílio é classificado em SA quando a sua pontuação é igual a zero. Existem duas pontuações diferentes para domicílios com e sem crianças. Caso o domicílio tenha apenas moradores maiores de 18 anos será classificado em IAL quando marcar de 1 a 3 pontos, IAM quando 4 a 5 pontos e IAG com 6 a 8 pontos. Nos domicílios com menores de 18 anos a classificação dos níveis de IA em Leve, Moderada ou Grave correspondem a 1 a 5 pontos, 6 a 9 pontos e 10 a 14 pontos, respectivamente.

Utilizou-se o software SPSS, versão 21.0, para registro de todas as variáveis do estudo. A variável dependente do estudo foi a segurança alimentar. As variáveis independentes foram: renda familiar, baseada no salário mínimo (SM) à época, equivalente a R$678,00 (<1 SM, 1-2 SM e ≥3 SM); renda per capita (<1/2 SM e ≥1/2 SM); tipo de esgoto sanitário (rede pública e outros); chefe da família (mãe, pai e outros); outra fonte de renda (beneficiários ou não do Programa Bolsa Família); origem da outra fonte de renda; número de pessoas que trabalham; membro da família que trabalha; número de pessoas no domicílio; tipo de construção da residência (alvenaria acabada, inacabada, construção de madeira e de taipa); número de cômodos (respostas abertas); número de cômodos para dormir (respostas abertas); abastecimento de água (rede pública, poço [cisterna] na própria residência, poço [cisterna] coletivo, outra fonte); tipo de esgoto sanitário (rede pública, fossa ou céu aberto) tipo de coleta de lixo (serviço público ou jogado próximo ao domicílio) e regularidade no fornecimento de água (sim ou não).

Na análise univariada foi feita a análise descritiva por meio de média e desvio-padrão das variáveis quantitativas e proporções e intervalo de confiança de 95% (IC95%) para as variáveis qualitativas. Para verificar associação entre os escores EBIA e as características demográficas e de saneamento foi utilizado, na análise bivariada, o qui-quadrado de Pearson (χ^2).

A análise multivariada foi feita por meio da regressão logística multinominal, onde obtém-se estimativas da *oddsratios* e intervalos de confiança (método de Woolf) ajustados para variáveis de confusão (HAMILTON, 1993). Esse método permite o cálculo de oddsratios considerando-se uma variável-dependente com mais de duas categorias. Nesse caso, cada categoria é comparada à categoria de referência num único processamento.

A análise multivariada foi feita pela comparação dos escores de segurança alimentar (categoria de referência) com os de insegurança leve, moderada e grave. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação com os escores da EBIA em p<0,20 na análise bivariada (HOSMER, LEMESHOW, 2000). O critério de permanência das variáveis no modelo foi associação em nível de p<0,05. O processamento e a análise dos dados foi feito utilizando-se o software SPSS v.18.0 para Windows.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob CAAE número 12144013.30000.5214, e à Comissão de Ética da Fundação Municipal da Saúde, cuja aprovação nas duas instâncias foi condicional para o seu início. Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (elaborado de acordo com a "Declaração de Helsinque III", capítulo 50, parágrafos 50.20/27), conforme preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Conforme dados referentes à caracterização domiciliar das famílias estudadas, na tabela 1 observa-se que: das 323 casas

ISSN 2317-5079

visitadas, 57,3% (n=185) eram de alvenaria acabada.

Quanto à disponibilidade de água durante o dia e a noite nas casas, a maioria (85,8%) possuía na residência. O abastecimento de água nas casas, em quase sua totalidade (99,7%), era feito por rede pública e mais de 50% dos domicílios possuíam esgotamento sanitário por fossa. Com relação à coleta de lixo, a maioria (96,6%) era feita pelo serviço público.

As casas dispunham, em média, de 5,5 cômodos, sendo 2 usados para dormir. Na constituição familiar predominou a média de 4,1 pessoas por domicílio, contudo, em média, apenas 1,4 morador trabalhava.

Tabela 1. Características demográficas e de saneamento das famílias atendidas em cenários da Estratégia Saúde da Família. Teresina (PI), 2013.

Variáveis	N	%
Tipo de construção da residência		
Alvenaria acabada	185	57,3
Alvenaria inacabada	137	42,4
Taipa	01	0,3
Nº de cômodos		
Até 5	185	57,3
6 ou mais	138	42,7
Média (±D.P)	5,5 (1,7)	
Nº de cômodos para dormir		
1	68	21,1
2	158	48,9
3 ou mais	97	30,0
Média (±D.P)	2,1 (0,8)	
Nº de moradores no domicílio		
Até 4	215	66,6
5 ou mais	108	33,4
Média (±D.P)	4,1 (1,7)	
Abastecimento de água		
Rede pública	322	99,7
Poço (cisterna) coletiva	01	0,3
Regularidade no fornecimento de água		
Não	46	14,2
Sim	277	85,8
Tipo de esgoto sanitário		
Rede pública	142	44,0
Fossa	171	52,9
Esgoto a céu aberto	10	3,1
Tipo de coleta de lixo		
Serviço público	312	96,6
Jogado próximo ao domicilio	11	3,31

Fonte: pesquisa direta.

A tabela 2 mostra que a renda média encontrada por família foi de R$ 1191,6 (878,7 ± D.P.), sendo 19,5% (n=63) das famílias recebiam menos de 1 salário mínimo, 50,8% (n=164) de 1 a dois salários mínimos e 29,7% (n=96) maior ou igual a 3 salários mínimos, e renda *per capita* média foi de R$ 325,00 (258,1± D.P.).

A maior frequência de cadastros em programas de transferência de renda foi Bolsa Família 72,3% (n= 132), enquanto que, prioritariamente, quem trabalhava no domicílio era o pai 36,2% (n=117), sendo ele o chefe da família (principal provedor) em 59,8% (n=193) dos domicílios visitados.

Tabela 2. Características socioeconômicas das famílias atendidas em cenários da Estratégia Saúde da Família. Teresina (PI), 2013.

Variáveis	n	%
Renda familiar		
< 1 SM	63	19,5
1-2 SM	164	50,8
≥3 SM	96	29,7
Média (±D.P)	1191,6 (878,8)	
Renda per capita		
$<^1/_4$SM	82	25,4
$^1/_4$ - $^1/_2$ SM	111	34,4
$^1/_2$- 1 SM	100	31,0
1 ou mais SM	30	9,3
Média (±D.P)	325,0 (258,1)	
Número pessoas que trabalham		
Nenhuma	41	12,7
1	153	47,4
2 ou mais	129	39,9
Média (±D.P)	1,4 (0,9)	
Membro da família que trabalha**		
Mãe	39	12,1
Pai	117	36,2
Casal	66	20,4
Marido	26	8,1
Esposa	02	0,6
Filho (s)	90	27,9
Outros	19	5,9
Chefe da família		
Mãe	81	25,1
Pai	193	59,8
Avô (ó)	03	0,9
Tia (o)	01	0,3
Outros	45	12,9
Outra fonte de renda		
Não	181	56,0
Sim	142	44,0
Origem outra fonte de renda**		
Bolsa família	132	72,3
INSS	17	9,3
Pensão	19	10,4
Aposentadoria	18	9,8
Outras	10	5,5

* Questão de múltipla escolha.
SM: Salário Mínimo (R$=678,00); D.P: Desvio Padrão. Fonte: pesquisa direta

A tabela 3 apresenta os dados da analise bivariada em relação às características de saneamento que apresentaram associação com a segurança alimentar.

ISSN 2317-5079

Tabela 3. Segurança alimentar e insegurança alimentar e nutricional e associação com as características de saneamento das famílias atendidas em cenários da Estratégia Saúde da Família. Teresina (PI), 2013.

Variáveis	n	Segurança Alimentar	IA Leve	IA moderada	IA Grave	*P**
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tipo de construção da residência						**0,019**
Alvenaria acabada	185	77 (41,6)	61 (33,5)	23 (12,4)	24 (12,4)	
Alvenaria inacabada	138	36 (26,3)	54 (38,7)	29 (21,2)	19 (13,9)	
N° de cômodos						**0,001**
Até 5	185	52 (28,1)	65 (35,1)	34 (18,4)	34 (18,4)	
6 ou mais	138	61 (44,2)	50 (36,2)	18 (13,0)	09 (6,5)	
N° de cômodos para dormir						0,197
1	68	20 (29,4)	30 (44,1)	10 (14,7)	08 (11,8)	
2	158	51 (32,3)	51 (32,3)	30 (19,0)	26 (16,5)	
3 ou mais	97	42 (43,3)	34 (35,1)	12 (12,4)	09 (9,3)	
N° de moradores no domicílio						**0,011**
Até 4	215	84 (39,1)	77 (35,8)	25 (11,6)	29 (13,5)	
5 ou mais	108	29 (26,9)	38 (35,2)	27 (25,0)	14 (13,0)	
Regularidade no fornecimento de água						**0,036**
Não	46	14 (30,4)	12 (26,1)	14 (30,4)	06 (13,0)	
Sim	277	99 (35,7)	103 (37,2)	38 (13,7)	37 (13,4)	
Tipo de esgoto sanitário						0,338
Rede pública	142	44 (31,0)	52 (36,6)	28 (19,7)	18 (12,7)	
Outros	181	69 (38,1)	63 (34,8)	24 (13,3)	25 (13,8)	
Tipo de coleta de lixo						0,934
Serviço público	312	110 (35,2)	111 (35,6)	50 (16,0)	41 (13,1)	
Jogado próximo ao domicílio	11	03 (27,3)	04 (36,4)	02 (18,2)	02 (18,2)	

IA: Insegurança alimentar.
*Teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2)
Fonte: pesquisa direta

O tipo de construção da casa mostrou associação com a segurança alimentar (p=0,019), apontando maior frequência de segurança alimentar nas casas com alvenaria acabada (41,6%, n=77).

O número de cômodos presente nos domicílios também mostrou associação com a segurança alimentar, à medida em que aumentava o número de cômodos nos domicílios para seis ou mais, foi observada maior frequência de segurança alimentar (44,2%, n=61) (p=0,001).

Cabe ressaltar que houve associação (p=0,011) entre o número de moradores por domicílio e a segurança alimentar, onde nos domicílios com até 4 moradores houve maior frequência de segurança alimentar (39,1%, n=84). À medida que esse número aumentou para cinco ou mais, houve maior prevalência de insegurança alimentar leve (35,2%, n=38).

DISCUSSÃO DOS DADOS

A segurança alimentar vai muito além do acesso ao alimento, envolve questões sanitárias, práticas promotoras de saúde, educação alimentar, acesso à moradia e políticas públicas efetivas com a participação da população para a resolução dos problemas.

O perfil sanitário dos domicílios que participaram deste estudo foi satisfatório, com água disponível dia e noite, fonte de abastecimento de água da rede pública, esgotamento sanitário através de fossas sépticas e alta cobertura de coleta frequente de lixo feita pelos caminhões da prefeitura, ou seja, a qualidade sanitária de boa parte dos domicílios estudados é satisfatória.

De acordo com dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), o Piauí apresentou em 2011, índice médio de mais de 90% de atendimento urbano por rede de água, mas, em contrapartida apresentou índice médio de menos de 10% tanto de atendimento urbano por rede coletora de esgotos quanto de tratamento dos esgotos gerados, valores estes que diferem dos encontrados nesta amostra (BRASIL, 2014).

A média de moradores por domicílio (4,1) demonstra que a população estudada segue uma tendência de composição familiar nos vários cenários do Brasil, que têm mostrado nos estudos uma variação média de 3,5 a 4,5 moradores por domicílio. Salles-Costa (2008) encontrou em estudo conduzido na região metropolitana do Rio de Janeiro prevalência de 56% dos domicílios com até quatro moradores. Pesquisa feita em Toledo – Paraná também encontrou média de quatro moradores por domicílio (ANSCHOU,2012). Pesquisadores encontraram em pesquisa na

Paraíba, média de integrantes por família de 3,98 (IBGE,2010).

A variável número de moradores por domicílio se associou com a percepção de segurança alimentar, visto que nos domicílios com até quatro moradores havia maior prevalência de segurança alimentar, mas na medida que elevava-se o número de moradores para cinco ou mais, a maior prevalência era de insegurança alimentar leve. Este achado deve-se ao fato de que quanto maior a família, mais recursos ela necessita para evitar o risco dos alimentos serem insuficientes para todos.

Segundo dados de uma Fundação (BRASIL, 2011a), no Piauí, o número de moradores por domicílio no ano 2000 era de 4,1 moradores na zona urbana, número este que ao longo dos anos teve uma queda para 3,6 moradores por domicílio no ano 2010 (PIAUÍ, 2014), inferior à média encontrada nos domicílios pesquisados.

A renda média *per capita* encontrada, de meio salário mínimo, encontra-se abaixo da renda média *per capita* para a região nordeste, segundo POF 2008-2009, que foi de quase um salário mínimo. Essa renda, provavelmente, é reflexo do número reduzido de pessoas que trabalha por domicílio, associada a baixa renda média, que, possivelmente, não permite aos membros da família condições favoráveis de alimentação.

A maioria da população pesquisada recebia entre um e dois salários mínimos, sendo que destes, a maior prevalência foi de insegurança alimentar leve. Provavelmente, a maior prevalência de insegurança alimentar leve de família economicamente mais vulnerável, leva ao menor acesso ao alimento, além disso utilizam-se de medidas para reverter esse baixo acesso aos alimentos, como trocar aqueles alimentos de maior valor nutricional por outros de mais baixo valor nutritivo, que, na maioria das vezes, são mais baratos.

No Brasil de hoje, é notório o avanço na mobilização social pela segurança alimentar, bem como de políticas públicas com a finalidade de reduzir a miséria, melhorar a qualidade de vida e ampliar o acesso aos alimentos, apesar de ainda ser bem nítido no nosso país um cenário de desigualdades econômicas e sociais.

Neste estudo foi encontrado prevalência de segurança alimentar de 35% e uma maior prevalência de insegurança alimentar, tendo sido a leve com maior frequência. Esse tipo de insegurança reflete a preocupação ou incerteza quanto ao acesso dos alimentos no futuro, ou qualidade inadequada dos alimentos para que não ocorra a diminuição deles em quantidade. Este fato pode ser resultante de uma renda insuficiente para arcar com as despesas com alimentação sem comprometer as demais necessidades da família, visto que a renda média *per capita* ficou abaixo da média nacional.

O resultado encontrado neste estudo difere do encontrado na PNAD (2009), que mostrou prevalência, no Brasil, de quase 70% relativo à segurança alimentar, 30,2% de insegurança alimentar, sendo 18,7% leve, 6,5% moderada e 5% grave (BRASIL, 2010c).

Analisando os estudos conduzidos na região nordeste, observados em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano da Paraíba, verificou-se que do total de famílias estudadas em cada município, aproximadamente, 12,0% foram classificadas na categoria de segurança alimentar, predominando, portanto, a condição de insegurança, sendo mais prevalentes as formas moderada e grave, em Gameleira (33,5% e 36,9%, respectivamente) e em São João do Tigre (40,2% e 21,6%, respectivamente) (OLIVEIRA, 2009).

Ainda no Estado da Paraíba, pesquisando famílias com crianças matriculadas em creches públicas, autores também encontraram alta prevalência de insegurança alimentar 62,0%,

sendo 33,4% dos domicílios com insegurança alimentar leve, 16,9% moderada e 11,7% (PEDRAZA et al., 2013).

Com relação à variável tipo de construção de casa, verificou-se associação com a segurança alimentar, apontando maior frequência de segurança alimentar nas casas com alvenaria acabada. Tal fato, provavelmente, ocorra em virtude das famílias com melhor situação financeira ter a possibilidade de investir em melhor qualidade de moradia, sem comprometer, desta forma, suas necessidades básicas.

Panigassi et al. (2008) verificaram que em relação à moradia inacabada e precária, a chance de ter insegurança alimentar moderada e grave era de 3,5 vezes maior e de ter insegurança alimentar leve era de 2,9 vezes mais, ambos os casos comparados à moradia de alvenaria acabada. Pesquisadores também verificaram que a precariedade das condições de moradia estava fortemente associada à insegurança alimentar das famílias, sendo que não morar em casa de alvenaria aumentava em quase duas vezes a chance de insegurança alimentar. O tipo de construção da moradia, portanto, aumenta a chance das famílias estarem em situação de insegurança alimentar (BRASIL, 2011a).

A segurança alimentar vai muito além do acesso ao alimento, envolve questões sanitárias, práticas promotoras de saúde, educação alimentar, acesso à moradia e políticas públicas efetivas com a participação da população para a resolução dos problemas. Os fatores determinantes encontrados neste estudo que tiveram associação com a segurança alimentar, estão, de certa forma relacionados a uma melhor situação financeira, visto que, as famílias que tem mais recursos podem investir mais em melhores condições de moradia e saneamento, sem comprometer a qualidade e quantidade da alimentação.

CONCLUSÃO

Das 323 casas visitadas, mais de 50% eram de alvenaria acabada. A média do número de cômodos da casa era de 5,5, e a quantidade de cômodos usados para dormir, era de 2 . A maioria dos domicílios possuía água disponível dia e noite. O abastecimento de água nas casas era por rede pública, encanamento interno em quase 100% dos domicílios. Mais da metade dos domicílios possuíam esgotamento sanitário por fossa. O lixo era coletado pelo serviço público em quase a totalidade dos domicílios.

Na constituição familiar predominou uma média de 4,1 pessoas morando por domicílio, porém, em média, apenas 1,4 morador trabalha por domicílio. A renda média encontrada foi de 1,7 salários mínimos, e uma renda per capita média de quase meio salário mínimo. A maior frequência de cadastros em programas de transferência de renda foi no Bolsa Família. Prioritariamente, quem trabalhava no domicílio era o pai, sendo ele o chefe da família (principal provedor) na maioria dos domicílios visitados.

As variáveis que apresentaram relação com a segurança alimentar foram: tipo de casa, número de cômodos e número de moradores por domicílio.

A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano, cabendo principalmente aos profissionais da área de saúde dar assistência, orientações e sensibilizar a população para que esse direito seja atendido em sua plenitude, para que possam reverter este quadro de insegurança alimentar, que põe em risco a saúde e a vida desta população.

Com base nestes resultados, mais estudos devem ser realizados com esta população, com vistas à melhoria e avaliação dos programas a ela destinados, uma vez que o acesso a alimentos de qualidade, em quantidades suficientes e

adequadas ainda deve ser atingindo, para garantir desta forma a segurança alimentar familiar.

REFERÊNCIA

ANSCHOU, F.R, et al. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Rev. Nutr.,** Campinas, v. 25, n.2, p.177-189, mar./abr., 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome DS/Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SESAN/Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN. **Estruturando o sistema nacional de Segurança Alimentar e Nutricional** (SISAN). Brasília: SISAN, 2011a.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**: 2012/2015. Brasília, DF: CAISAN, ago, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAD alimentar** – pesquisa nacional de amostra por domicílio – segurança alimentar. Brasília (DF): MS, 2010c.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – CONSEA. **Princípios e Diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 2004. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/publiucacoes-arquivos/principios-e-diretrizes-de-uma-politica-de-san>. Acessado em: 31 de ago. 2012, ás 20h32min.

HAMILTON, L.C. Interpreting multinomial logistic regression. **Stata Tech Bull**, v.13, p.24-28, 1993.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

IBGE. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 2004-2009)**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>. Acessado em: 25 ago, 2011.

OLIVEIRA, et al. Estado nutricional e insegurança alimentar de adolescentes e adultos em duas localidades de baixo índice de desenvolvimento humano.**Rev. Nutr**.,Campinas, v.22, n.4, jul./ago, 2009.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Rev. Nutr.,** Campinas, v. 21, n. especial, p. 135-144, jul./ago., 2008a.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniqüidade: análise de inquérito populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2376-2384, out., 2008b.

PEDRAZA, D.F. et al. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr**., Campinas, v.26, n.5, p.517-527, set./out., 2013.

PIAUI. **O Piauí em números**. Teresina: Fundação Cepro, 2010. Disponivel em: http://www.cepro.pi.gov.br/download/201306/CEPRO07_8a8208d146.pdf. Acessado em: 14 março, 2014.

SALLES-COSTA, R. et al . Associação entre fatores sócioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.21, n. especial, p.99-109. jul./ago. 2008.

SEGALL-CORREA, A.M. et al. Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras:validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas/Organização Pan-Americana da Saúde/ Ministério de Saúde; 2003. Disponível em: <www.opas.org.br/sistema/arquivos/vru_unic.pdf.>*Acessado em 10 de ago. 2012.*

SEGALL-CORREA, A.M. et al. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Rev. Nutr**., Campinas, v.21, n. especial, p.39-51, jul./ago., 2008 (suppl.0).

VIANNA, R. P. T.; SEGALL-CORREA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr**., Campinas, v.21, n. especial, p.111-122, jul./ago., 2008.

Submissão: 01/10/2015

Aprovação: 26/01/2016