



INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FOOD INSECURITY IN FAMILIES ASSISTED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN FAMILIAS ASISTENCIADAS POR LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA

Marília Gomes de Sousa Bezerra¹, Gerardo Vasconcelos Mesquita², Marize Melo dos Santos³, Maria do Carmo de Carvalho e Martins⁴, Maria Eliete Batista Moura⁵, Norma Sueli Marques da Costa Alberto⁶

RESUMO

Objetivo: investigar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo transversal, descritivo, realizado com 224 famílias de um município piauiense, no período de março a junho de 2012. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado. Eles foram processados com a utilização do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/PASW), versão 18.0. Foram realizadas análises descritivas, inferenciais, como também análises bivariadas, apresentados em uma figura e tabelas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 0389.0.043.000-11. **Resultados:** 88,4% das famílias apresentaram insegurança alimentar. Dentre os níveis, verificou-se, leve em 46,4%; moderado 25,0% e grave 17,0%. **Conclusão:** elevados índices de insegurança alimentar superam os achados da literatura evidenciando riscos de desnutrição e agravos à saúde. Faz-se necessária a reestruturação da política de segurança alimentar e nutricional no município para o efetivo atendimento às famílias. **Descritores:** Segurança Alimentar e Nutricional; Alimentos; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: investigating the prevalence of food insecurity in families assisted by the Family Health Strategy. **Method:** a cross-sectional, descriptive study conducted with 224 families of a Piauí municipality in the period from March to June 2012. Data were collected using a structured questionnaire. They were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/ PASW), version 18.0. Descriptive analyzes were performed, inferential, as well as bivariate analyzes presented in a figure and tables. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE 0389.0.043.000-11. **Results:** 88,4% of the families had food insecurity. Among the levels, there is, light in 46,4%; 25,0% moderate and 17,0% severe. **Conclusion:** high levels of food insecurity prevail over the published findings showing risks of malnutrition and health problems. The restructuring of food and nutrition security policy in the municipality for effective assistance to families becomes necessary. **Descriptors:** Food and Nutritional Security; Food; Family Health.

RESUMEN

Objetivo: investigar la prevalencia de la inseguridad alimentaria en las familias asistidas por la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** un estudio transversal, descriptivo realizado con 224 familias del municipio de Piauí, en el período de marzo a junio de 2012. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario estructurado. Ellos fueron procesados utilizando el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/PASW), versión 18.0. Se realizaron análisis descriptivos, análisis inferencial, así como bivariantes, presentadas en una figura y tablas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación, CAAE 0389.0.043.000-11. **Resultados:** 88,4% de las familias tenían la inseguridad alimentaria. Entre los niveles, verificó se leve en el 46,4%; 25,0% moderado y el 17,0% grave. **Conclusión:** los altos niveles de inseguridad alimentaria son mayores que los resultados publicados en la literatura, que muestran los riesgos de problemas de desnutrición y agravios a la salud. Es necesaria la reestructuración de la política de seguridad en la alimentación y nutrición en el municipio para la asistencia efectiva a las familias. **Descriptores:** la Seguridad Alimentaria y la Nutrición; Alimentación; Salud de la Familia.

¹Nutricionista, Professora Mestre, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: marilia_gsb@hotmail.com; ²Médico, Professor Doutor, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: gmesquita@uninovafapi.edu.br; ³Nutricionista, Professora doutora, Universidade Federal do Piauí. Teresina (PI), Brasil. E-mail: marizesantos@ufpi.edu.br; ⁴Nutricionista, Professora Doutora, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mcmartins@uninovafapi.edu.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora (Pós-doutora), Mestrado Profissional em Saúde da Família, Centro Universitário Uninovafapi. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.edu.br; ⁶Nutricionista, Professora Mestre, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina (PI), Brasil. E-mail: [normaalberto@yahoo.com.br](mailto:norma.alberto@yahoo.com.br)

INTRODUÇÃO

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é compreendido como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.¹⁻²

A Insegurança Alimentar (IA) é determinada principalmente pela pobreza e pelas desigualdades sociais³, as situações de IA podem ser identificadas por várias manifestações, tais como a fome, a desnutrição, as carências específicas, o excesso de peso, doenças geradas pela alimentação inadequada e consumo de produtos prejudiciais à saúde.⁴⁻⁶

A severidade da IA é estratificada nos seguintes níveis: a preocupação de faltar alimento (IA Leve), o comprometimento da qualidade da alimentação da família (IA Moderada) e a redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer, por falta de dinheiro para comprar alimentos) como aspecto mais grave, a restrição quantitativa na disponibilidade de alimentos (IA Grave).⁵ Nas suas formas mais graves (moderada e grave) contribuiu para a redução de todos os grupos de alimentos, aumentando ainda mais a inadequação dietética observada em crianças.⁶

A garantia do ato de se alimentar dignamente ainda está distante da realidade de milhões de pessoas no mundo. No Brasil cerca de 17 milhões de pessoas passam fome ou sofrem com desnutrição. A Insegurança Alimentar (IA atinge em média 30,2% da população. Considerando as cinco Grandes Regiões, o Nordeste foi a que apresentou maior proporção de IA (46,1%), em todos os seus estados, sendo o Piauí o segundo estado em pior situação, tendo mais da metade da sua população (58,6%) acometida pelo agravo, perdendo apenas para o Maranhão (64,6%).⁷

O Piauí dispõe de 224 municípios, dos quais mais da metade está localizada na região do semiárido a qual é caracterizada pela ocorrência do bioma caatinga, elevadas temperaturas, baixa umidade e volume pluviométrico e chuvas escassas, irregulares e mal distribuídas durante todo o ano, além dos seus indicadores sociais de saúde, educação e

renda serem considerados os piores em relação à média nacional.⁸ Entre os municípios dessa região, encontra-se Francisco Santos, que possui população residente de 8.592 habitantes⁹, assistidos por quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A atenção básica à saúde tem como papel acompanhar todas as famílias, em especial as do Programa Bolsa Família (PBF), por consistirem em pessoas com vulnerabilidade social, inclusive, inaccessibilidade alimentar.¹⁰⁻
¹ A abordagem relacional da alimentação e nutrição contribui para o conjunto de práticas ofertadas pelo setor saúde na valorização do ser humano, para além da condição biológica e o reconhecimento de sua centralidade no processo de produção de saúde.⁴

Considerando a influência do acesso alimentar sobre a situação de saúde e a responsabilidade do setor saúde monitorar a alimentação e nutrição das cidades, este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de insegurança alimentar em famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em um município do semiárido piauiense, a fim de contribuir para o (re)direcionamento de ações de proteção e enfrentamento deste agravo, principalmente nos municípios de condições semelhantes.

MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, com famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família e cadastradas no Programa Bolsa Família. A pesquisa foi realizada no município de Francisco Santos (PI), localizado no Centro-Sul do Estado, integrando a microrregião dos Baixões Agrícolas, com área territorial de 419,860 Km². O município conta com uma população residente de 8.512 habitantes, sendo 3.979 residentes na zona urbana e 4.613 na zona rural.⁹

A população do estudo se constitui de 224 famílias, beneficiadas pelo Programa Bolsa Família que são assistidas pela Estratégia saúde da Família (ESF), selecionadas de acordo com os seguintes critérios de inclusão: serem famílias cadastradas no Programa Bolsa Família, possuírem crianças menores de cinco anos de idade e o titular do programa assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados em domicílio, por meio de entrevista, utilizando-se questionário estruturado com o titular do Bolsa Família, valorizando o domínio de conhecimento desse membro da família sobre a dinâmica diária da casa. A pesquisa foi realizada pela pesquisadora que é

Nutricionista do município, mediante agendamento prévio, no intuito de não interferir nas atividades de rotina do entrevistado e garantir tempo e local adequados à coleta de dados.

O questionário abordou questões relativas ao perfil socioeconômico e demográfico, as características das famílias, como renda, composição, tipo de moradia, número de cômodos, abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo, serviços de saúde utilizados, além de informações sobre o entrevistado, como sexo, idade, ocupação e posição na família. Esse instrumento foi previamente testado com dez famílias igualmente cadastradas no Programa, constituídas apenas por adultos.

A situação de insegurança alimentar intrafamiliar foi investigada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um formulário estruturado adaptado do United States Department of Agriculture e validado para o Brasil, atualmente utilizado em pesquisas nacionais. O instrumento consta de 14 perguntas fechadas, com resposta sim ou não, sobre a experiência, nos três meses anteriores, de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade. A pontuação da Escala varia em uma amplitude de 0 a 15 pontos. Este instrumento permite classificar a situação das famílias em Segurança ou Insegurança Alimentar - IA, sendo capaz de identificar, nesta última, três diferentes graus: Leve, Moderada ou Grave.⁷

A EBIA é uma escala unidimensional da percepção de insegurança alimentar que capta a progressiva piora da situação, passando por níveis intermediários em que as famílias recorrem a estratégias de distribuição

de menor quantidade de alimentos a seus membros, piora da qualidade nutritiva e da diversificação da dieta, em função de reduzir custos, como ainda a supressão de algumas refeições.¹²

Os dados foram processados com a utilização do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS/PASW), versão 18.0. Foram realizadas análises descritivas, inferenciais, como também análises bivariadas, para observar a relação entre a situação de insegurança alimentar e demais variáveis do estudo. As variáveis foram analisadas quanto à normalidade de sua distribuição pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Foram utilizados os testes de Qui-quadrado, para verificar a possível associação entre as variáveis, e ANOVA e Posthoc de Bonferroni, para verificar diferenças entre as médias das variáveis e os três níveis de insegurança alimentar. A significância estatística foi fixada em $p<0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

Foram observados todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Saúde, que regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi - CAAE nº 0389.0.043.000-11.

RESULTADOS

A proporção de domicílios em situação de Insegurança Alimentar (IA) encontrada foi de 88,4% (equivalente a 198 residências), cerca de 4,5 moradores por domicílio. Destes lares, 46,4% encontravam-se em situação de insegurança alimentar, na forma leve; 25,0%, na moderada; 17,0%, na grave (Figura 1).

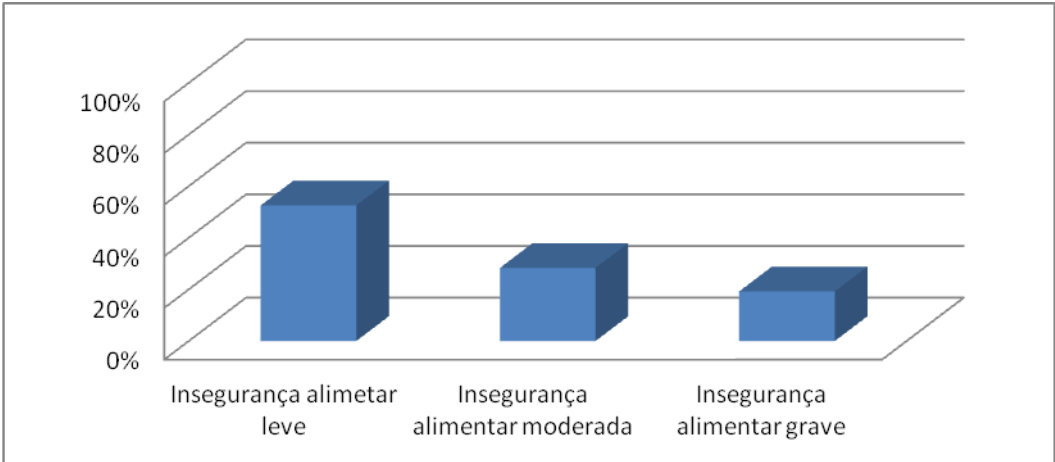


Figura 1. Distribuição das famílias em domicílios segundo situação de insegurança alimentar. Francisco Santos (PI), 2012.

Nos domicílios, cujos titulares do programa Bolsa Família encontram-se na faixa etária de 22 a 30 anos, apesar de não haver significância estatística, as prevalências de IA são maiores. Apresentaram-se, ainda, como importantes colaboradores para o resultado

encontrado, a escolaridade e a ocupação trabalho rural, que se apresentaram como fator determinante das formas mais graves de IA (55,3%; 49,2%, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre os níveis de insegurança alimentar e variáveis socioeconômicas e demográficas do titular do Programa Bolsa Família. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Faixa Etária (anos)				0,86
18 a 21	15(57,7)	05(19,2)	06(23,1)	
22 a 30	53(52,0)	30(29,4)	19(18,60)	
31 e mais	36(51,4)	21(30,0)	13(18,6)	
Sexo				0,29
Masculino	08(72,7)	01(9,1)	02(18,2)	
Feminino	96(51,3)	55(29,4)	36(19,3)	
Ocupação				*
Do lar	62(55,4)	31(27,1)	19(17,0)	
Trabalhador rural	30(46,9)	19(29,7)	15(23,4)	
Autônomo	02(50,0)	01(25,0)	01(25,0)	
Funcionário público	02(110,0)	-	-	
Secretária doméstica	07(50,0)	05(35,7)	02(14,3)	
Outras	01(50,0)	-	01(50,0)	
Capacidade de Ler e escrever				0,73
Sabe	40(48,2)	23(27,7)	20(24,1)	
Não sabe	35(50,7)	21(30,4)	13(18,8)	

(*)Restrição ao teste Qui-quadrado, devido mais de 25% das células com distribuição < 5.

Quanto à utilização dos serviços básicos (água, saneamento e serviços de saúde), registrou-se a prevalência de IA leve em domicílios que utilizam água de poço (51,8%) e esgoto a céu aberto (52,7%). No que concerne aos serviços de saúde, 53,1% das

famílias com IA moderada e grave relataram não serem assistidos pela Estratégia Saúde da Família no município (Tabela 02) embora constem no cadastro de acompanhamento do sistema único de saúde.

Tabela 2. Associação entre os níveis de insegurança alimentar e as condições do domicílio. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	
	n(%)	n(%)	n(%)	
Renda Familiar Mensal				0,13
Até 1 Salário Mínimo	88(50,3)	52(29,7)	35(20,0)	
Mais 1 Salário Mínimo	16(72,7)	04(18,2)	02(9,1)	
Local de Domicílio				0,04
Zona urbana	54(61,4)	23(26,1)	11(12,5)	
Zona rural	50(45,5)	33(30,0)	27(24,5)	
Tipo de moradia				<0,01
Alvenaria Concluída	21(43,8)	18(37,5)	08(18,8)	
Alvenaria Inacabada	69(62,7)	27(24,5)	14(12,7)	
Construção Precária	14(35,0)	11(27,5)	15(37,5)	
Origem da água				*
Rede pública	14(60,9)	05(21,7)	04(17,4)	
Poço	87(51,8)	47(28,0)	34(20,2)	
Carro Pipa	03(60,0)	02(40,0)	-	
Saneamento				*
Rede pública	04(66,7)	01(16,7)	01(16,7)	
Fossa	03(37,5)	04(50,0)	01(12,5)	
Céu aberto	97(52,7)	51(27,7)	36(19,6)	
Alguém da família já foi assistido pela ESF				0,16
Sim	51(60,0)	19(22,4)	15(17,6)	
Não	53(46,9)	37(32,7)	23(20,4)	

(*) Restrição ao teste Qui-quadrado, devido mais de 25% das células com distribuição < 5.

Este estudo apresentou diferenças significativas (p=0,04) entre os níveis de IA com as variáveis: gastos com alimentação e número de cômodos da casa. As famílias que gastam menos com alimentação e as que dispõem de menor número de cômodos no domicílio apresentam maior agravo de IA (Tabela 3).

Apesar de não ter sido verificada significância estatística entre as variáveis número de pessoas por domicílio e renda familiar mensal, observa-se que os domicílios com maior número de membros e menor renda familiar mensal apresentam maior agravo de IA (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo as médias dos níveis de insegurança alimentar. Francisco Santos (PI), 2012.

Variáveis	Insegurança Alimentar			p valor
	Insegurança Alimentar Leve	Insegurança Alimentar Moderada	Insegurança Alimentar Grave	
Idade (anos)	28,8	29,5	29,4	0,90
Nº de pessoas por domicílio	4,1	4,0	4,4	0,42
Nº de crianças de 0 a 5 meses	1,3	1,0	2,5	0,30
Nº de crianças de 6 a <10 anos	1,6	1,5	1,9	0,77
Nº de adolescentes de 10 a <20 anos	1,4	1,4	1,3	0,85
Nº de adultos de 20 a <60 anos	2,1	2,0	1,9	0,38
Nº de idosos de 60 e mais	1,6	1,0	1,0	0,14
Nº pessoas que trabalham na família	1,3	1,5	1,4	0,58
Renda Mensal Familiar (R\$)	410,1	400,8	328,2	0,25
Gastos com Alimentação (R\$)	212,6a,c	207,5b,c	163,6c,a,b	0,04
Gastos com Saúde (R\$)	60,4	38,3	50,9	0,60
Total de Gastos (R\$)	356,2	326,9	299,4	0,15
Nº de cômodos na casa	4,3 a,b,c	3,8 b,a	3,7 c,a	0,04
Nº de cômodos usados para dormir	1,8	1,7	1,6	0,15

DISCUSSÃO

A proporção de domicílios em situação de Insegurança Alimentar (IA) encontrada nesse estudo quando comparados com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD⁷, demonstram um cenário mais agravante do que o verificado na população geral piauiense (58,6%), na região Nordeste (46,1%) e do verificado como média brasileira (30,2%).

Esse panorama permite refletir que famílias beneficiárias de programas de transferência de renda acumulam condições de maior vulnerabilidade, levando ao menor acesso aos alimentos, sobretudo essa situação em geral é decorrente da marginalização ou da exclusão social, com consequências graves para a saúde e bem estar das pessoas.

Na Paraíba, estudo realizado em 14 municípios, 52,5% das famílias estão em situação de IA, destes 11,3% e 17,6% têm, respectivamente, IA moderada e IA grave.¹³ Ao comparar o resultado da pesquisa realizada em Francisco Santos-PI, com estudos acima citados, verifica-se um percentual de famílias em situação de IA bem maior do que em outras regiões.

A maior concentração de municípios com insegurança alimentar na Região Nordeste pode ser parcialmente explicada por uma maior concentração de pobreza nesta área. Esta situação desenha uma realidade já conhecida de disparidades sociais, há muito mantidas no país. As regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste oferecem melhores condições socioeconômicas e ambientais para a população que nelas residem se comparadas às regiões Norte e Nordeste.

O estudo revelou a grande responsabilização da mulher na condução dos recursos do PBF no domicílio (aproximadamente 94% dos titulares), e por outro, a sua exposição à situação de vulnerabilidade alimentar. Comparando os dados da PNAD de 2009 com os obtidos em 2004, verifica-se que o aumento da prevalência de segurança alimentar ocorreu com mais intensidade para os moradores de grupos etários mais jovens. Todas as Regiões do Brasil apresentaram o mesmo padrão de comportamento, sendo que as Regiões Norte e Nordeste demonstraram prevalências de IA maiores em todos os grupos etários que os verificados para as demais regiões.⁷

O perfil de baixa escolaridade associado ao emprego informal indica o grau de vulnerabilidade social a que as famílias estudadas se encontram. Existe estreita relação entre as oportunidades de acesso à educação e as possibilidades de desenvolvimento do potencial produtivo e de trabalho das pessoas, bem como a proteção à saúde e a contribuição para a autoestima individual e familiar.¹⁴ Por conseguinte, a persistência na situação de inacessibilidade ou a precariedade dos estudos, privam as pessoas das chances de autonomia financeira e de participação.

A prevalência de IA esteve diretamente relacionada com as condições socioeconômicas das famílias do estudo, sendo observado que domicílios localizados na zona rural e os que dispõem de construção precária estão estatisticamente (p =0,04; p<0,01, respectivamente) mais susceptíveis à IA moderada e grave, formas predominantes em

mais da metade das residências com essas características (54,5% e 65%, respectivamente). Dentre as famílias com renda familiar mensal até um salário mínimo, 49,7%, relataram IA moderada e grave.

Os percentuais de IA moderada-grave relacionadas à renda inferior a um salário mínimo se mostram mais agravantes em Francisco Santos-PI do que o verificado em outros estudos, como os realizados no município de Campinas¹⁵ e no Distrito Federal¹⁶, onde os valores de IA grave foram, respectivamente, 6,6% e 7,6%, famílias com renda familiar de até três salários mínimos viviam em situações de IA leve e em menor frequência, moderada; a forma grave não tinha sido observada em famílias com rendimento acima de um salário mínimo per capita. Estudiosos verificaram que, mesmo em famílias pertencentes ao estrato socioeconômico alto, a prevalência de IA leve chegava a 25%. Nos estratos de nível médio, a prevalência atingia 54,6%, sendo 34% leve, 13,4% moderada e 7,2% grave.³

Os municípios citados possuem renda bem maior do que em Francisco Santos, por essa razão, observa-se que a falta de renda, apesar de sua forte relação com insegurança alimentar, não é suficiente para explicá-la. Famílias com renda acima da linha de pobreza podem apresentar insegurança alimentar, pois outras condições podem determinar o acesso ao alimento.¹⁴ Características do responsável pelo domicílio e indicadores do acesso da população a bens e serviços essenciais, como moradia, saneamento, saúde e educação também estão intimamente ligados à pobreza e fome.⁴

Nesta pesquisa, foi possível observar que as famílias desconhecem o significado da IA, em seus diversos graus, sobre a importância da utilização dos serviços básicos (água, saneamento e serviços de saúde) para a melhoria das condições de vida.

As regiões Norte e Nordeste, que apresentam maiores médias de insegurança alimentar entre seus municípios, são também as que apresentam os piores resultados entre os outros indicadores sociais preditivos da insegurança alimentar, como escolaridade. No nordeste, por exemplo, concentra-se a maior parte (52%) dos 14,1 milhões de analfabetos do país.¹⁷

Embora a alimentação adequada tenha sido consagrada como um direito humano¹, ainda se convive com significativa parcela da população privada deste direito, distribuída entre as áreas urbanas, periféricas e rurais. As formas mais graves de IA foram observadas no meio rural, onde a moderada e grave se

situaram, cumulativamente, em torno de 55,8%, demarcando diferenças espaciais que corroboram com as tendências encontradas na PNAD⁷ para o conjunto do país. A Região Nordeste, além de apresentar os mais elevados percentuais de domicílios em situação de IA moderada ou grave, 20,4% na área urbana e 24,0% na área rural, também registrou a maior diferença entre as áreas urbana e rural (3,6 pontos percentuais).

Os resultados consideravelmente elevados, encontrados em Francisco Santos expressam experiências negativas acumuladas em sucessivas gerações que sobrevivem no limiar da pobreza, submetendo-se ao caráter aleatório e sazonal do emprego e renda associado à escassez de chuvas no semiárido contribuindo para a escassa produção agrícola no campo. As crises periódicas e imprevisíveis da seca produzem impactos negativos no processo de interações socioeconômicas dos dois espaços, o meio urbano e o rural.¹⁰

Os gastos com alimentação têm um peso muito distinto na composição das despesas das famílias nos diferentes estratos de renda, sendo que o acesso regular e adequado aos alimentos nas camadas inferiores é elevado (absorve parcela significativa da renda familiar) e pode comprometer o acesso a outros bens e serviços necessários a uma vida digna. O baixo poder aquisitivo condiciona um padrão de consumo alimentar pouco variado.

Verifica-se em Francisco Santos a forte relação entre o poder aquisitivo e o acesso alimentar no seio familiar, especialmente, em domicílios com uma média de quatro membros residentes. Esse fato aponta ainda a reflexão sobre os preços dos alimentos, em ascensão constante nos últimos anos, fato que exige, portanto, mais recursos para a aquisição de uma menor quantidade e/ou qualidade dos gêneros, para ser dividida entre os pares.

Uma das estratégias de sobrevivência tem sido a mudança relativa nos hábitos alimentares em que os mais pobres se alimentam com mais de cereais, farinhas e gorduras propiciando um aumento do peso corporal. Estudos^{10,15,17} verificaram relação entre IA e a menor probabilidade de consumo diário de carnes, derivados do leite, frutas, verduras e feijão e atrelam esta situação à pouca renda disponibilizada para a compra de alimentos adequados, estimulando as pessoas a comprarem alimentos considerados “baratos” e que, em geral, engordam, como: óleo, açúcar, massa e carboidratos, ou seja, uma dieta extremamente densa em calorias. Por isso a insuficiência alimentar também

pode levar à carência nutricional ocasionando danos à saúde.

CONCLUSÃO

A elevada prevalência de IA identificada supera os achados encontrados em diversas regiões do Brasil. Os resultados mostram associação significativa de Insegurança Alimentar com as seguintes variáveis: rendimentos familiares, localidade do domicílio, gastos com alimentação e número de cômodos da casa. Diante disso, as políticas de segurança alimentar e nutricional, em Francisco Santos PI, devem ter como objetivo final a redução das desigualdades com medidas imediatas e eficazes para minimizar a convivência com a fome e prevenir a ocorrência deste agravo na comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Br). Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Diário Oficial da União 2004;1:1-12.
2. Ministério da Saúde (Br). Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Diário Oficial da União 2006;1:3-9.
3. Marin-Leon L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio MFA, Pérez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet] 2005. [cited 2011 Nov 23];21(5):1433-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200500050
4. Anschau FR, Matsoo T, Segal-Corrêa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. Rev Nutr [Internet] 2012. [cited 2011 Nov 23]; 25(2):177-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732012000200001&lng
5. Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Marin-Leon L, Yuyama L, Vianna RPT, et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: Ortega J, organizador. Iniciativa América Latina sin Hambre: artículos premiados en el día Mundial de la Alimentación. 2007.
6. Antunes MML, Sichieri R, Salles-Costa R. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 20];26(8):1642-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800017&lng
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004 a 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
8. Ministério da Integração Nacional (Br). Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. Secretaria de Programas Regionais. Conviver: Cartilha do Programa de Desenvolvimento Integrado e Sustentável do Semi-Árido. Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2009.
9. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Contagem da População. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
10. Segall-Correa AM, Marin-Leon L, Helito H, Perez-Escamilla R, Santos LMP, Paes-Sousa R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. Rev Nutrição 2008;21(1):39-51.
11. Santos JS, Maia MAC, Andrade RD, Oliveira CT. Promoção da Saúde na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014. [cited 2014 Oct 20];1(2):45-58. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/downloadSuppFile/5125/4558>
12. Universidade Estadual de Campinas. (In)segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. São Paulo: UNICAMP; 2004.
13. Gonçalves LC, Cortez EA, Cavalcanti ACD, Cosme FSMN, Valente GSC. Educação permanente sob o olhar de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2014. [cited 2014 Oct 20];1(2):45-58. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/downloadSuppFile/5910/5779>
14. Gubert MB, Benicio MHA, Santos LMPC. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. Cad Saúde Pública [Internet] 2010 [cited 2013 June 3];26(8):177-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000800013&lng=en&nrm=iso
15. Panigassi, G, Segal-Corrêa. AM, Marín-Leon. L, Perez-Escamilla. R, Sampaio. MFA, Maranhã. LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. Cad Saúde Pública [Internet]

Bezerra MGS de, Mesquita GV, Santos MM dos et al.

Insegurança alimentar em famílias assistidas pela...

2008 [cited 2012 June 23];24(10):2376-84.
Available from:
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n10/18.pdf>

16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais - uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

17. Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da região metropolitana do Rio de Janeiro Brasil. Rev Bras Est Pop [Internet] 2009 [cited 2012 July 12];26(2):283-94. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n2/08.pdf>

Submissão: 03/09/2015

Aceito: 04/12/2015

Publicado: 15/01/2016

Correspondência

Marília Gomes de Sousa Bezerra
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ
Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro Uruguai
CEP 64073-505 – Teresina (PI), Brasil