

# RELAÇÃO ENTRE INSEGURANÇA ALIMENTAR E PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS FAMÍLIAS RESIDENTES EM UMA ÁREA DE RISCO DE PORTO ALEGRE/RS

## RELATION BETWEEN FOOD UNRELIABILITY AND SOCIOECONOMIC PROFILE OF THE RESIDENT FAMILY IN A RISK AREA OF PORTO ALEGRE/RS

**Danielle da Silva Fraga**

Nutricionista. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva - CSEM/ESP/RS

E-mail: danifraga81@hotmail.com

**Marisa Camargo**

Assistente Social. Especialista em Atenção Básica em Saúde Coletiva - CSEM/ESP/RS

Mestranda em Serviço Social pela PUCRS

E-mail: marisacamargo\_eu@hotmail.com

**Márcia Regina Vitolo**

Nutricionista. Mestre em Fisiologia Humana. Doutora em Biologia Molecular

E-mail: vitolo@unisinus.com.br

**Ruth Pingret Mincaroni dos Santos**

Assistente Social. Supervisora de Serviço Social do CSEM/ESP/RS.

E-mail: rpingret@yahoo.com.br

### RESUMO

O presente trabalho apresenta os resultados da pesquisa de conclusão do Programa de Residência Integrada em Saúde do Centro de Saúde-Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública/RS, com ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva. O estudo de natureza quantitativa, interdisciplinar e caráter descritivo envolveu profissionais das áreas de Nutrição e Serviço Social, tendo como objetivo avaliar a insegurança alimentar e o perfil socioeconômico das famílias residentes numa área de risco adstrita à Unidade Básica de Saúde III do Centro de Saúde-Escola Murialdo, localizada no Bairro Partenon, zona leste de Porto Alegre/RS, no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006. Vinte e quatro das trinta e uma famílias residentes no referido território participaram da pesquisa, perfazendo um total de noventa e três sujeitos. A coleta de dados ocorreu através de visitas domiciliares às famílias e utilização do questionário da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), composto de quinze questões fechadas relacionadas à capacidade da família obter os alimentos, consumo e acesso nos últimos três meses, enfatizando-se a relação dos fatores socioeconômicos com o grau de segurança alimentar. Na análise, os dados foram categorizados a partir das escalas de pontuação propostas para o questionário, identificando-se a segurança alimentar em apenas 8% das vinte e quatro famílias e a prevalência de insegurança alimentar em 92%. O estudo aponta para a relação entre os fatores socioeconômicos e as condições de saúde e vida social.

### PALAVRAS-CHAVE

Segurança alimentar e nutricional. Fatores socioeconômicos. Saúde pública.

### ABSTRACT

This work presents the results of the research of conclusion of the Programa de Residência Integrada em Saúde of the Centro de Saúde-Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública, with emphasis in Primary Care on Public Health. This is a quantitative, interdisciplinary and descriptive study that involves professionals of the areas of Nutrition and Social Work, with the objective of evaluating the alimentary unreliability and the socioeconomic profile of resident families in a risk area attached to the Unidade Básica de Saúde III do Centro de Saúde Escola Murialdo, located in the District of Partenon, in the east zone of Porto Alegre /RS, during the period of August 2005 and December 2006. Twenty-four, of thirty-one resident families in this territory, participated of the research, amounting ninety-three people. The facts collection occurred through domiciliary visits to the families and the use of the questionnaire of Escola Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), made up of fifteen closed questions related to the capacity of the family to get food, consumption and access in the last three months, emphasizing the relation of the socioeconomic factors with the degree of alimentary security. In the analysis, the facts were categorized according to the punctuation scales proposed to the questionnaire, identifying alimentary security only in 8% of the twenty-four families, and the prevalence of alimentary unreliability in 92%. The study points out the relation between the socioeconomic factors and the conditions of health and social life.

### KEY WORDS

Alimentary and nutritional security. Socioeconomic factors. Public health.

## INTRODUÇÃO

As ações em saúde foram historicamente centradas na doença, destacando-se o direcionamento à prevenção e à cura como focos principais. Atualmente, o delineamento dos perfis de risco de populações tem orientado estratégias que focalizam ações preventivas, a partir de um conceito ampliado de saúde preventiva, mantenedora e reabilitadora. Esses fatores, que implicam diretamente na transição epidemiológica marcada por mudanças demográficas e de aporte nutricional, têm levado a alterações importantes no perfil de morbimortalidade da população brasileira, deslocando o eixo principal das doenças infecciosas e problemas materno-infantis para doenças crônicas não-transmissíveis e as causas externas.

A atenção integral à saúde compreende um complexo conjunto de ações exercidas em intervenções individuais e coletivas, cujo objetivo é o de capacitar os sujeitos sociais na busca pela garantia de efetivação do acesso à prevenção, manutenção e reabilitação de sua saúde. Em termos de saúde coletiva, a vigilância em saúde destaca-se como importante estratégia que se propõe à efetivação dessas ações, podendo a mesma ser entendida como:

Aquela que busca sinalizar a ampliação das responsabilidades dos serviços de saúde, incluindo aí não apenas o atendimento aos danos e ao controle de certos riscos, mas também o controle das condições de vida e de determinantes ambientais do processo saúde-doença. (TEIXEIRA; PINTO, 1993, p. 7)

A formulação dos problemas de saúde está também diretamente relacionada à noção de cidadania, construída em cada realidade social e vivenciada no cotidiano pelos sujeitos sociais. Noção que serve como espécie de matriz

sobre a qual está referenciada a delimitação dos direitos individuais e coletivos.

Nessa perspectiva, a escolha da temática acerca da relação entre a insegurança alimentar e o perfil socioeconômico em famílias de área de risco inspirou-se na observação da influência dos fatores sociais nas condições de vida e saúde dos sujeitos, durante o desenvolvimento dos processos de trabalho, enquanto partícipes do Programa de Residência Integrada em Saúde, do Centro de Saúde-Escola Murialdo/Escola de Saúde Pública/RS. A não-efetivação do direito à saúde, condicionada pela ausência do acesso aos seus fatores determinantes constituiu-se fator decisivo na realização do trabalho e divulgação dos seus resultados, no intuito de que possam instrumentalizar os processos de trabalho desenvolvidos no âmbito da saúde.

O objetivo deste estudo foi o de avaliar a insegurança alimentar e o perfil socioeconômico nas famílias residentes numa área de risco do território adstrito à Unidade Básica de Saúde III, do Centro de Saúde-Escola Murialdo em Porto Alegre/RS. Os objetivos específicos tiveram como base a avaliação do nível de insegurança alimentar nas famílias; a identificação do perfil socioeconômico e fatores de risco (dietéticos, sociodemográficos e econômicos) para a presença de obesidade em adolescentes e famílias de baixa condição socioeconômica; e o levantamento dos principais grupos de alimentos consumidos pelos adolescentes/famílias, frequência e quantidade de consumo.

## SOBRE O CONCEITO DE SEGURANÇA ALIMENTAR

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) reconhece a alimentação adequada como direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal brasi-

leira (CONSELHO..., 2006). Foi a partir dessa elaboração que se instituiu no Brasil o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). Segundo o Conselho, a segurança alimentar consiste na realização do direito de todos ao:

Acesso regular e permanente a alimentos de maior 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 ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. (CONSELHO..., 2006, p. 4)

Com base nesses aportes teóricos e em adaptações de estudos norte-americanos sobre insegurança alimentar, Corrêa et al. (2004) elaboraram e validaram a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), cujo instrumento, do tipo questionário, é composto de 15 questões fechadas que relacionam a capacidade de a família obter os alimentos com o consumo e o acesso nos últimos três meses. Segundo Marconi e Lakatos (2002, p. 101), “as questões fechadas ou dicotômicas, também conhecidas como limitadas ou de alternativas fixas, são aquelas em que o informante escolhe sua resposta dentre duas opções [...]”.

O instrumento contempla questões em que os sujeitos da pesquisa devem fazer suas escolhas, destacando dentre as alternativas propostas aquelas que mais se identificam com a sua situação de acesso, obtenção e consumo de alimentos nos últimos três meses. Na proposição de análise dos resultados utilizando-se esse instrumento, os domicílios são classificados de acordo com sua condição de segurança alimentar em quatro categorias: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave.

## CARACTERIZAÇÃO DE ÁREA DE RISCO

Na abordagem da pesquisa, classifica-se como área de risco o espaço territorial no qual se identifica a ausência do conjunto de fatores determinantes e condicionantes da saúde, dispostos pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a garantia de saúde é entendida em uma perspectiva de interconexão a diversos fatores que contemplam:

[...] Entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único: Dizem respeito também à saúde as ações [...] que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico e mental. (BRASIL, 1990, p. 112)

Áreas de risco referem-se, portanto, àquelas consideradas inapropriadas para a habitação humana, por possuírem condicionantes insalubres e/ou por estarem sujeitas a forças da natureza. São espaços territoriais cujas características permitem a identificação da ausência de condições necessárias para a observação da vida e saúde do ser social.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada trata-se de um estudo de natureza quantitativa, interdisciplinar, de caráter exploratório realizado no período de agosto de 2005 a dezembro de 2006. Para Gil (1999, p. 44), esse tipo de pesquisa tem como objetivo primordial “[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações

entre variáveis”.

O universo da pesquisa abrange 31 famílias residentes em uma área de risco adstrita à Unidade Básica de Saúde III, do Centro de Saúde-Escola Murialdo, situada no Bairro Partenon, zona leste de Porto Alegre/RS. Universo ou população de uma da pesquisa, conforme Marconi e Lakatos (2002, p. 225), se refere ao “[...] conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”.

As 31 famílias residentes no território pesquisado foram convidadas a compor o quadro de sujeitos ou amostra da pesquisa. Para Marconi e Lakatos (2002, p. 41), uma amostra constitui-se de “uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo [...]”. Dessas 31 famílias, 24 participaram da pesquisa, perfazendo um total de 93 sujeitos. Houve 7 perdas, assim justificadas em virtude de os domicílios terem sido encontrados fechados nas três abordagens em dias diferentes propostas na metodologia do projeto de pesquisa ou no momento de realização da visita domiciliar não terem sido encontrados nenhum dos adultos residentes na moradia.

Desde a década de 1990, têm sido desenvolvidos em âmbito internacional, métodos e instrumentos cientificamente balizados para avaliar a segurança alimentar e insegurança alimentar das famílias. A maioria deles é baseada em estudos antropológicos e quantitativos realizados nos Estados Unidos desde a década de 1980, o que tem permitido estimativas de prevalência daquela condição. As escalas foram sendo adaptadas e aplicadas em países como Austrália e México, processo que no Brasil resultou na elaboração e validação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

Dessa forma, a coleta de dados da pesquisa se deu por meio da realização de visitas domiciliares, no período de fevereiro a agosto de 2006, enfatizando-se a abordagem cole-

tiva familiar. Para tanto, utilizou-se o questionário da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), a fim de avaliar o grau de segurança alimentar das famílias, que foi posteriormente analisado nos padrões propostos por Corrêa et al. (2004).

Os dados referentes às condições nutricionais foram complementados pela utilização de questionário de frequência alimentar para adolescentes (10 a 19 anos de idade) com base em Sichieri (2001), e questionário de frequência de compra de alimentos na família, com o objetivo de verificar a periodicidade de compra de determinados alimentos. O questionário de frequência alimentar é considerado o mais prático e informativo método de avaliação da ingestão dietética, importante instrumento para estudos que correlacionam dieta e doenças crônicas e avaliação de risco cardiovascular, permitindo conhecer o consumo habitual de alimentos de um grupo de indivíduos (PHILIPPI, 2003).

As informações coletadas foram analisadas de acordo com o item segurança alimentar disponível nos resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002 e 2003 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2005, sistematizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no período correspondente a 2002-2005.

Para fins éticos, foi apresentado para cada família o respectivo termo de consentimento informado, livre e esclarecido em duas vias originais, ficando uma cópia de posse do entrevistado/entrevistada. O documento contemplava a autorização para a divulgação dos resultados da pesquisa e a reprodução de imagens do território. A socialização dos resultados perpassa o dever ético profissional, conforme as orientações das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do Ministério da Saúde (MS), dispostas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Conforme disposto no item 3, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, título 3, letra “p” da Resolução CNS nº 196/96 (CONSELHO..., 1996), deve-se “assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa”. Diante disso, ratifica-se o compromisso com a socialização dos resultados da pesquisa, enfatizando-se o intuito de fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas que atentem ao acesso e à efetivação dos direitos sociais.

## RESULTADOS

### Caracterização do território

O território de pesquisa caracteriza-se pela presença de moradias precárias, ocupações irregulares, ausência de saneamento básico e reprodução de comportamentos coletivos que imputam à área condições consideradas de risco. Mais da metade dos 24 domicílios, ou seja, 62,5% das moradias são construções precárias de madeira, seguidas de 16,7% de alvenaria inacabada e do mesmo percentual de construções mistas. Dessas, 45,8% possuíam até 2 cômodos, 50% de 3 a 4 e 4,2% possuíam seis, sendo que 58,3% dos 24 domicílios utilizavam 1 cômodo para dormir e 37,2% utilizavam 2.

Em relação ao abastecimento de água nos 24 domicílios, 54,2% das famílias referiram que o fornecimento provinha da rede pública com encanamento interno, 25% da rede pública com encanamento externo e 12,5% conseguiam a água que utilizavam com terceiros. O escoamento de esgoto sanitário a céu aberto foi referido por 29,2% das 24 famílias; 25% não possuíam banheiro no terreno e faziam uso daqueles de terceiros, 20,8% tinham o destino reservado à rede pública e 20,8% construíram

fossas. Quanto ao destino do lixo, a maioria, 62,5%, referiu entregar o lixo produzido pela família para a coleta pública, 16,7% jogam o lixo próximo ao rio, 12,5% o depositam a céu aberto e 8,3% o queimam ou o enterram.

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, em 65,2% dos domicílios estimados naquele período residiam pessoas em situação de insegurança alimentar. Eram 12,3% e 6,5%, respectivamente, os domicílios em que residiam pessoas com insegurança alimentar moderada e grave, estando os resultados em todos os casos relacionados à falta de recursos dos moradores para a aquisição de alimentos. Os resultados desse levantamento mostraram que a segurança ou insegurança alimentar tem associação forte com a faixa etária familiar. Observou-se maior prevalência de insegurança alimentar nos domicílios em que residiam pessoas com idade inferior a 18 anos de idade em comparação à prevalência observada nos domicílios em que todos eram adultos. À medida que aumentava a idade, aumentavam também as proporções daqueles que viviam nos domicílios em segurança alimentar e diminuíam as proporções dos moradores em insegurança alimentar nos diversos níveis.

Na pesquisa, de acordo com a pontuação das respostas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) proposta por Corrêa et al. (2004), observou-se prevalência de insegurança alimentar em 91,7% das 24 famílias, conforme se pode observar na Tabela 1:

**Tabela 1** - Indicador de insegurança alimentar nas famílias

Indicador	%
Segurança alimentar	8,3
Insegurança alimentar leve	29,2
Insegurança alimentar moderada	33,3
Insegurança alimentar grave	29,2
Total insegurança alimentar	91,7

Fonte: Sistematização das autoras, 2007.

No Rio Grande do Sul, os dados corresponderam a 75,2% de segurança alimentar e 24,8% de insegurança alimentar, sendo deste percentual 13,2 de insegurança alimentar leve, 7,6% de insegurança alimentar moderada e 4% de insegurança alimentar grave. Os dados encontrados são coerentes com a situação de risco socioeconômico da população estudada, resultando em valores superiores àqueles encontrados nas amostragens estadual e nacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## PERFIL SOCIOECONÔMICO E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS

Os sujeitos da pesquisa, compostos pelas 24 famílias abordadas totalizando 93 sujeitos podem ser caracterizados de acordo com o sexo e a faixa etária, conforme a Tabela 2:

**Tabela 2** - Sexo e faixa etária dos sujeitos da pesquisa

<b>Categorias</b>	<b>%</b>
60 anos ou mais	3,2
Acima de 20 anos	38,7
De 10 a 19 anos	23,7
De 1 a 10 anos	31,2
Masculina	57
Feminino	43

Fonte: Sistematização das autoras, 2007.

Apesar de a proporção ser maior de residentes do sexo masculino, a chefia feminina foi referida em 66,7% dos 24 domicílios. O dado está de acordo com os estudos de Medina ao referir que:

A família monoparental foi alvo de muita controvérsia, em face do aumento de lares em que só o homem ou só a mulher os dirigem. O fenômeno é também brasileiro, segundo recente pesquisa, da UNICAMP (Universidade de Campinas), [...] entre 1981 e 1989 a predominância de mulheres chefes de lar aumentou de 16 para 20%. Esta é uma nova família típica dos tempos modernos. (MEDINA, 1997, p. 31)

Na percepção individual de raça/etnia, 66,7% dos responsáveis pelas famílias se referiram negros; 20,8% pardos e 8,3% brancos. Essa proporção se assemelhou aos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, que deduziu a associação da segurança alimentar nos domicílios e a raça/etnia da população. Segundo ela, viviam naquele ano no Brasil nos domicílios em situação de insegurança alimentar grave 11,5% da população negra ou parda (10 milhões de pessoas), sendo que essa proporção era de 4,1% entre os brancos (3,8 milhões de pessoas).

O período de alfabetização apontou para 69,6% dos 93 sujeitos com Ensino Fundamental incompleto, 8,7% com Ensino Médio incompleto e 19,6% de analfabetos. Apenas uma pessoa concluiu o Ensino Médio e todas as crianças em idade escolar estavam frequentando a escola.

Retificou-se a idéia elaborada na construção do projeto de pesquisa, de que a ocupação do território tivesse sido resultante de fluxo migratório de cidades do interior do Estado do Rio Grande do Sul, mais especificamente, produto de êxodo rural em busca de espaço no mercado de trabalho. Os dados coletados mostraram que 83% das 24 famílias são provenientes da própria cidade de Porto Alegre/RS, alertando para um grupo de indivíduos em condição produtiva, que em virtude da complexidade do mundo do trabalho hoje e de uma infinidade de outros fatores, tornaram-se sobreviventes do trabalho informal (subemprego, trabalho terceirizado, parcial, temporário), vítimas do desemprego e da exclusão social urbana. Diante disso, o tipo de ocupação de 25% dos trabalhadores entrevistados era informal, 22,9% possuíam vínculo empregatício, 31,3% estavam desempregados, 4,3% eram aposentados e/ou pensionistas e 1,1% recebiam benefício assistencial (BRASIL, 1993).

Correlacionada a essa informação, a renda

familiar mensal de 33,3% das 24 famílias não atingia um salário mínimo, 50% estava entre 1 e 2 salários mínimos, 12,5% de 3 a 4 e 4,2% somavam 5 ou mais salários mínimos. Ao serem questionados sobre algum tipo de auxílio recebido nos três últimos meses, 37,5% das 24 famílias referiram ter acessado programas assistenciais e/ou contado com a solidariedade de familiares e comunidade, enquanto os outros 62,5% tiveram que pensar noutras estratégias para amenizar as dificuldades cotidianas.

Sposati (2000, p. 52), refere que “o corte da pobreza supõe crescer à comida algumas outras necessidades que serão mais extensas ou restritas a partir do padrão civilizatório de uma determinada sociedade”. Conforme a autora, considerando a precariedade de vida dos países subdesenvolvidos, a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) estabelecem o corte de um dólar/dia (US\$ 1,00) por pessoa como definidor da linha entre pobreza e indigência.

Pensando nisso, questionou-se o investimento mensal nas despesas da casa, para cujo indicador foram considerados os gastos mensais da família com alimentação, água, luz e telefone. Para 66,7% das 24 famílias, o investimento tratava-se da disponibilização de até um salário mínimo e para 33,3% era de 1 a 2 salários mínimos.

A composição das 24 famílias por domicílio teve variação de 1 a 8 pessoas sendo: 4,2% compostas por 1 pessoa, 29,2% 2, 8,3% 3, 16,7% 4, 12,5% 5, 12,5% 6, 4,2% 7 pessoas e este mesmo percentual compostas de 8 pessoas. Baseando-se no número de moradores por domicílio e a noção de pobreza x indigência proposta por Sposati (US\$ 1,00 dia/pessoa), podemos deduzir que: 38% das 24 famílias se encontravam abaixo da linha da indigência, 8% encontravam-se na linha da indigência, 29% encontravam-se entre a linha da

indigência e da pobreza e 25% encontravam-se na linha da pobreza.

Em dezembro de 2006, a variação do dólar no Brasil estava entre R\$ 2,13 e 2,17. Para o cálculo proposto por Sposati (2000), utilizou-se o valor intermediário de R\$ 2,15. Logo, levando em conta a relação de dobro tem-se: abaixo da linha da indigência (menos de R\$ 2,15 dia/pessoa), indigência (US\$ 1,00 dia/pessoa: R\$ 2,15), entre a linha da indigência e da pobreza (entre R\$ 2,15 e R\$ 4,30) e pobreza (US\$ 2,00 dia/pessoa: acima de R\$ 4,30).

Em 1999, Martins (apud SPOSATI, 2000, p. 54) distinguiu linha de pobreza e linha de indigência como:

**a - Linha de pobreza:** Mínimo imprescindível para a alimentação e todas as outras necessidades pessoais básicas. Em geral, o cálculo é o de duas vezes superior à linha de indigência. Os indigentes são pobres, mas os pobres não são indigentes.

**b - Linha de indigência:** Trata-se da linha da fome, ou seja, o valor da renda mensal que cada pessoa necessita para alimentar-se, com base no mínimo calórico imprescindível para a sobrevivência.

A partir dessas noções acerca de pobreza e indigência, depreendem-se as dificuldades vivenciadas pelas famílias no seu cotidiano, visto que, ao serem disponibilizadas quatro opções de frases sobre a capacidade de obterem os alimentos necessários à família nos últimos três meses, foram recebidas respostas, conforme a Tabela 3:

A indisponibilidade da quantidade de alimentos necessária foi referenciada por quase metade das 24 famílias, isto é, 46%. Os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar de 2003 indicam que a disponibilidade domiciliar de calorias *per capita* varia de acordo com as faixas de renda e que famílias que ganham até ¼ de salário mínimo atingem 1.486 calorias *per capita*/dia, revelando um déficit calórico de

**Tabela 3** - Frase da família sobre a alimentação nos últimos três meses

Frases da família	Pontuação
A comida foi suficiente, mas nem sempre tinha variedade	33,3%
Algumas vezes não tinha o suficiente para comer	33,3%
A alimentação foi variada e tinha as comidas da preferência da família em quantidade suficiente	20,8%
Freqüentemente não tinha o suficiente para comer	12,5%

Fonte: Sistematização das autoras, 2007.

30% em relação à recomendação de 2.000 calorias/dia.

Por meio do instrumento sobre os hábitos alimentares dos adolescentes com base em Sichieri (2001), encontrou-se um baixo consumo de leite e derivados e elevado consumo de alimentos ricos em gorduras, açúcares e embutidos conforme se pode conferir na Tabela 4:

Os adolescentes referiram como hábito um consumo praticamente diário de salgadinhos tipo chips industrializados e batata frita, sendo que alimentos como carnes em geral, leite e derivados praticamente não faziam parte da sua dieta e o acesso às proteínas acabava restringindo-se ao consumo de embutidos de 3 e 4 vezes na semana. No questionário de freqüência de compra de alguns alimentos na família, observou-se que itens como o feijão, arroz, massa, farinha de trigo, óleo vegetal, açúcar e sal tiveram predominância de compra mensal.

A compra de carnes semanal foi referida

na grande maioria das famílias, o que se pode justificar em virtude das dificuldades de armazenamento, pelo parcelamento do salário dos trabalhadores informais e pelo elevado custo do produto. O percentual de famílias que referiu compra mensal de leite equiparou-se ao de compra diária e eventual, podendo a limitação do acesso ao produto ser associada não a uma, mas a múltiplas causas.

As famílias seguiam padrões alimentares com alto consumo de carboidratos e lipídeos e baixo consumo de frutas e verduras, o que significa um risco para a obesidade e suas comorbidades. É sabido que, a diversidade, o aumento da oferta de alimentos industrializados, a mídia, os fatores culturais, dentre outros, influenciam nos padrões alimentares da população, principalmente a infantil, uma vez que os primeiros anos de vida destacam-se como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares. Esse novo padrão alimentar contribui para a redu-

**Tabela 4** - Avaliação do consumo alimentar dos adolescentes

Alimentos	Por dia			Por semana		Nunca
	1 vez	2 vezes	3 ou + vezes	1 a 2 vezes	3 a 4 vezes	
Batata frita ou chips	18,8	-	-	43,8	31,3	6,3
Bife/carne assada	12,5	-	-	62,5	12,5	12,5
Biscoitos	25,0	12,5	-	31,3	-	31,3
Bolos ou tortas	12,5	-	-	37,5	6,3	43,8
Leite integral	12,5	6,3	-	25,0	-	50,0
Hambúrguer	6,3	6,3	-	31,3	12,5	43,8
Queijos	-	-	12,5	31,3	12,5	43,8
Manteiga/margarina	31,3	37,5	6,3	6,3	6,3	12,5
Lingüiça ou salsicha	6,3	25,0	6,3	37,5	12,5	12,5

Fonte: Sistematização das autoras, 2007.



ção do consumo de alimentos *in natura*, podendo a diminuição do consumo e a frequência desses comprometer a saúde em todos os ciclos da vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, um país com dimensões geográficas e características regionais e culturais tão variadas há uma tradução de indicadores nutricionais e de saúde que encobrem realidades que apresentam particularidades, com locais marcados por um índice de desenvolvimento digno de países desenvolvidos e outros semelhantes às condições de países historicamente assolados pela escassez dos diversos tipos de recursos. De acordo com os resultados da pesquisa, os dados epidemiológicos atuais demonstram que a sociedade convive com dois lados: a carência e o excesso. Para o enfrentamento desses problemas não há como se desvincular a segurança alimentar e nutricional da busca pelo direito de efetivação do direito social à saúde e para, além disso, das condições de acesso aos seus fatores determinantes e condicionantes.

Vale ressaltar que cada vez mais os hábitos alimentares marcados pela insuficiência ou excesso de alimentação na quantidade e qualidade necessárias vêm aumentando na população de baixa renda. Esse indicador ficou evidenciado na referência dos hábitos alimentares das famílias, ao mesmo tempo em que puderam-se identificar na realidade em que vivem esses sujeitos outras expressões da questão social provocadas pela não-efetivação de direitos sociais básicos, tais como a habitação, a educação, a saúde, o lazer, a cultura, dentre outros.

No entanto, sabe-se que os padrões alimentares estão relacionados com os padrões culturais, constituem a resposta de indivíduos ou grupos às pressões sociais e culturais na

seleção, consumo e uso da oferta alimentar disponível. Nesse cenário, conclui-se que a saúde transcende e ultrapassa os limites sociais, dependendo de políticas intersetoriais e pressupõe ações individuais e coletivas.

Como potente resultante do complexo dinamismo social, o padrão de saúde é formado e também informa o conjunto de crenças e valores que igualmente impulsionam ou emperram as conquistas coletivas. Por isso, o direito social de acesso ao trabalho, à educação, ao lazer, à cultura e à alimentação precisa cada vez mais ser reconhecido enquanto fator primariamente influenciador das condições de saúde e vida de uma população.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Congresso. **Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SI-SAN**. Projeto de Lei nº 6047, de 2005. Brasília, 2005, p. 4. Disponível em: <[www.fbsan.org.br/losanfinal.pdf](http://www.fbsan.org.br/losanfinal.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília. **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**: Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/smas/loas.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/smas/loas.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde - SUS**. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_8080\\_90.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2007.
- \_\_\_\_\_. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Diário Oficial da União, n. 202, Brasília, DF, 20 out. 2004. Seção I. 28-29.
- CHIARA, V. L.; SICHIERI, R. Consumo alimentar em adolescentes: questionário simplificado para avaliação de risco cardiovascular. **Ar-**

**quivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 4, p.332-337, 2001.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução nº 196, 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 20 out. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional**. Brasília, 2004, 81p. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/Consea/static/documentos/Outros/LivroConsea\\_DocumentoReferencia.pdf](https://www.planalto.gov.br/Consea/static/documentos/Outros/LivroConsea_DocumentoReferencia.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2007.

\_\_\_\_\_. **Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras**: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação: urbano/rural. Brasília, DF: MS: Organização Pan-Americana da Saúde; São Paulo: FAPESP, 2004. Relatório Técnico.

CORRÊA, A. M. S. et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5. set./out. 2005.

DUNCAN, B. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas. 206 p.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 282 p.

MEDINA, C. A. Família ontem, hoje, amanhã. **Debates Sociais**, Rio de Janeiro, v. 26, p.10-31, 1997. Número especial.

PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR. Rio de Janeiro: IBGE, 2002-2003. Anual.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Rio de Janeiro: IBGE, 2003-2004. Anual.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: IBGE, 2004-2005. Anual.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: IBGE, v. 26, 2005. Anual.

PHILIPPI, S. T.; SZARFARC, S. C.; LATTERZA, A. R. **Virtual Nutri (software)**: Versão 1.0 for Windows. São Paulo: Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1996.

PHILIPPI, S. T.; SLATER, B. Validação de questionários de frequência alimentar: considerações metodológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 6, n. 3, 2003.

SICHERI, R.; CHIARA, V. L. Consumo alimentar em adolescentes: questionário simplificado para avaliação de risco cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 77, n. 4, p. 332-336, 2001.

SOUZA, M. N. de. O que é saúde da família? In: SEMINÁRIO ESTADUAL A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 2002, Belo Horizonte. **Relatório**. Belo Horizonte: Conselho Regional de Serviço Social, 2002. p. 14-16.

SPOSATI, A. Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo: um comentário do relatório da Comissão Mista Especial da Câmara e do Senado. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 63, p. 45-61, jul. 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L. S. A formação de pessoal em vigilância à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 6, p. 5-21, 1993.