

INSEGURANÇA ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS QUE RECEBEM BENEFÍCIOS SOCIAIS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA FELIPE - PETRÓPOLIS - RJ

Food insecurity and nutritional status of families who receive welfare benefits in the vila felipe family health unit - Petrópolis - RJ

Leonardo Habib de Aragão Magrani¹, Maria Eliza Lopes Saldanha de Paula², Bárbara Beatriz Pimentel Coutinho³, Débora Mayworm Guerra⁴, Ruana Machado Tavares⁵, Marta de Oliveira Silveira⁶

RESUMO

A insegurança alimentar é determinada, principalmente, pela pobreza e pelas desigualdades sociais e as suas repercussões podem ser observadas, geralmente, nos grupos mais vulneráveis. O objetivo deste trabalho foi estimar a prevalência de Insegurança Alimentar entre famílias que recebem benefícios sociais no âmbito municipal e federal, bem como analisar a sua relação com o estado nutricional na população coberta pelo USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ. Foi realizado um estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, que investigou residentes na área de cobertura da USF Vila Felipe. Selecionaram-se 25% do total de 1.100 famílias, que recebem benefícios de programas federal (*Bolsa Família* - BF), municipal (*Cesta Cheia Família Feliz* - CCF), outros benefícios (aluguel social, ajuda de instituições religiosas, filantrópicas e ONGS) e de acordo com o risco social. Foi aplicado um questionário contendo quinze perguntas fechadas e vinte perguntas abertas. Os resultados revelaram que 78,3% dos domicílios encontravam-se com algum grau de insegurança alimentar. Em relação aos adultos, notou-se que a grande maioria encontra-se eutrófica, em todas as situações de insegurança alimentar. Por outro lado, foi encontrado um número relevante de pessoas com sobrepeso e obesidade. Concluiu-se que pesquisas como estas são importantes para o levantamento e análise de dados estatísticos, além de conhecer a realidade de populações inscritas em políticas públicas, o que pode

ABSTRACT

Food insecurity is mainly determined by poverty and social inequality, its effects being mainly observed in vulnerable groups. The aim of this study was to estimate the prevalence of food insecurity among families receiving municipal and federal welfare benefits, as well as examine its relationship with the nutritional status of the population covered by the Vila Felipe Family Health Unit (FHU), Petrópolis - RJ, Brazil. This was an epidemiological, cross-sectional, population-based study that investigated residents in the catchment area of Vila Felipe FHU. Of the 1,100 families who receive federal benefits (Family Scholarship - Bolsa Família), municipal benefits (Full Basket Happy Family - Cesta Cheia Família Feliz), or other benefits (social rent, help from religious institutions, etc.), and according to the social risk, 25% were selected for the study. A questionnaire containing fifteen closed questions and twenty open questions was applied. The results showed that 78.3% of the households were at some degree of food insecurity. The vast majority of the adults were well nourished, at all levels of food insecurity. Moreover, a significant number of people were overweight and obese. Research like this one, involving the collection and analysis of statistical data, is important to know the reality of those enrolled in public

¹ Leonardo Habib de Aragão Magrani, Aluno de graduação de Medicina, Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP); Monitor do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no Posto de Saúde Vila Felipe, Petrópolis/RJ. E-mail: leomagrani@hotmail.com

² Maria Eliza Lopes Saldanha de Paula, Enfermeira graduada pela UFMG; Enfermeira do Programa de Saúde da Família, Petrópolis/RJ; Preceptora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no Posto de Saúde Vila Felipe, Petrópolis/RJ; Especialista em Fitoterapia (Faculdade de Filosofia São Miguel Arcanjo, Anápolis/GO); Especialista em Saúde da Família (UERJ-FASE/FMP).

³ Bárbara Beatriz Pimentel Coutinho, Aluna de graduação de Medicina, Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP).

⁴ Débora Mayworm Guerra, Aluna de graduação de Enfermagem, Faculdade Arthur Sá Earp (FASE/FMP).

⁵ Ruana Machado Tavares, Aluna de graduação de Nutrição, Faculdade Arthur Sá Earp (FASE/FMP); Monitora do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no Posto de Saúde Vila Felipe, Petrópolis/RJ.

⁶ Marta de Oliveira Silveira, Aluna de graduação de Enfermagem, Faculdade Arthur Sá Earp (FASE/FMP).

Financiamento: Ministério da Saúde e PET Saúde

ajudar na definição de novas diretrizes para o enfrentamento de problemas como a desnutrição e a fome.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Nutricional; Estado Nutricional; Desnutrição; Obesidade.

INTRODUÇÃO

O direito à alimentação é parte dos direitos fundamentais da humanidade de acordo com a declaração dos Direitos Universais da Pessoa Humana, escrita em 1948. Cada país tem o direito de definir suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda população (soberania alimentar), respeitando as múltiplas características culturais dos povos.¹

O conceito de segurança alimentar e nutricional (SAN) traduz-se em:

“Segurança Alimentar e Nutricional é 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.”²

Já a insegurança alimentar é determinada, principalmente, pela pobreza e pelas desigualdades sociais e as suas repercussões podem ser observadas, geralmente, nos grupos mais vulneráveis. A fome e a desnutrição no país não se devem à escassez de produção de alimentos, uma vez que a agricultura nacional produz mais do que o suficiente para suprir as necessidades da população brasileira. Segundo dados da Organização das Nações Unidas para agricultura e alimentação (FAO), a disponibilidade de alimentos no Brasil aumentou sucessivamente e se situa no patamar de cerca de 3.000 Kcal para cada pessoa por dia. O problema de acesso é agravado por fatores como condições inadequadas de saneamento básico, baixos níveis de educação e serviço de saúde deficiente.³

Segundo o levantamento suplementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009 sobre segurança alimentar, o número de domicílios brasileiros que se encontrava em algum grau de insegurança alimentar caiu de 34,9% para 30,2% entre 2004 e 2009. Isso significa que, no ano passado, 65,6 milhões de pessoas residentes em 17,7 milhões de domicílios apresentavam alguma restrição

políticas, which can help to define new policies for dealing with problems such as poverty, malnutrition and hunger.

KEY WORDS: Nutrition Assessment; Nutritional Status; Malnutrition; Obesity.

alimentar ou, pelo menos, alguma preocupação com a possibilidade de ocorrer restrição devido à falta de recursos para adquirir alimentos.⁴

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de Insegurança Alimentar entre famílias que recebem benefícios sociais no âmbito municipal e federal, bem como analisar a sua relação com o estado nutricional na população coberta pelo USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ.

O trabalho está vinculado ao PET-SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), instituído pelo MEC e pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Faculdade de Medicina de Petrópolis e a Faculdade Arthur Sá Earp Neto, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia da Saúde da Família, além de fazer parte do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), instituído pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, com o apoio da Organização Pan-americana da Saúde, cujo objetivo é a integração ensino-serviço.⁵

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, descritivo, exploratório, utilizando como método de coleta de dados a aplicação de um questionário e a avaliação do estado nutricional dos componentes das famílias selecionadas, no universo total de aproximadamente 4.400 pessoas assistidas pelo USF Vila Felipe, que possui uma área adstrita num total de 1.100 famílias, divididas em oito microáreas.

O Programa Saúde da Família no Município de Petrópolis atende 131.739 pessoas, o que corresponde a 42% da população. A USF Vila Felipe atende a toda a população do bairro Vila Felipe e parte da população do bairro Chácara Flora, cuja característica populacional é diversificada. Possui quatro áreas distintas economicamente: uma de pobreza, onde as pessoas sobrevivem apenas com a ajuda dos programas de transferência condicionada de renda (TCR) ou outros auxílios sociais (bolsa escola, cesta cheia, ajuda filantrópica ou de parentes); outra com pessoas que possuem renda em torno de 1 a 2 salários mínimos; uma terceira, onde as pessoas conseguem sobreviver com renda

própria sem ajuda externa; e ainda uma última área, de classe média, cujos moradores não frequentam a USF.

A amostra abrangeu 25% dos domicílios particulares permanentes (DPP), totalizando 275 famílias. Foram selecionadas famílias que recebem benefícios do programa federal Bolsa Família (BF) e do programa municipal Cesta Cheia - Família Feliz (CCFF) uma importante iniciativa de inclusão social e promoção da saúde pública do governo municipal que beneficia as pessoas cadastradas nos postos do programa Saúde da Família. Semanalmente, o referido programa disponibiliza um sacolão volante, levando 10 kg de alimentos frescos (legumes, verduras, frutas e seis ovos) no valor de R\$ 3,00 às famílias cadastradas.⁶ As demais famílias foram selecionadas de acordo com outros benefícios que recebem, tais como aluguel social, ajuda de instituições religiosas, filantrópicas e ONGS; ou de acordo com o risco social, baseado na Escala de Coelho.⁷ A escala de Coelho é uma escala de risco baseada na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que utiliza sentinelas de riscos avaliadas na primeira visita domiciliar pelo agente comunitário de saúde. É um instrumento simples de análise do risco familiar, não necessitando da criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

A escolha das famílias tem como objetivo avaliar a eficiência dos programas sociais instituídos pelo governo federal e municipal. Desta forma, foram devidamente treinados para a aplicação dos questionários, os acadêmicos de Medicina, Enfermagem e Nutrição e a enfermeira da unidade acima citada. Os questionários foram aplicados na própria Unidade da Saúde da Família, na associação de moradores, além da visita em domicílio, com os agentes de saúde.

Adotaram-se alguns dias estratégicos para a aplicação dos questionários, como a participação dos pesquisadores nas reuniões comunitárias e da pastoral da criança, nas campanhas de vacinação, em mutirões e em alguns feriados, quando foram obtidas as informações das pessoas que nos dias úteis estavam trabalhando. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a dezembro de 2009.

Em todas as famílias, o responsável ou representante maior de 18 anos, com conhecimento da dinâmica alimentar da família, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo o estabelecido na resolução do CNS/196/96.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Petrópolis (FMP) e Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE), Parecer N°.17/2009-R CAAE: 0013.0.315.000-09.

Instrumentos

Para a avaliação da Insegurança Alimentar foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), para identificar e classificar as famílias de acordo com o grau de segurança alimentar, proposta e validada no Brasil, classificando as famílias em quatro categorias:⁸

- Segurança alimentar (SA);
- Insegurança alimentar leve (IAL) - Nesse nível o aspecto mais afetado é a qualidade da alimentação;
- Insegurança alimentar moderada (IAM) - Começa a haver restrição quantitativa de alimentos dos adultos da casa;
- Insegurança alimentar grave (IAG) - Nesse nível aparece deficiência de alimentos entre adultos e crianças da casa.

Esta escala é elaborada a partir do questionário com 15 perguntas referentes à experiência nos três últimos meses de insuficiência alimentar em diversos níveis de intensidade. Inclui-se desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar um dia inteiro sem comer. Cada resposta afirmativa do questionário corresponde a um ponto e a soma de todas as respostas varia de 0 a 15 pontos. Quando não há nenhuma resposta positiva, a família é classificada em situação de Segurança Alimentar e a classificação da Insegurança Alimentar em diferentes gradientes corresponde a patamares diferenciados da soma de pontos obtidos no questionário.

Para avaliação das características do domicílio foram selecionadas as seguintes variáveis: condições de saneamento básico (tratamento do esgoto, coleta de lixo, abastecimento de água e tratamento doméstico da água); renda familiar mensal per capita (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores, expressa em múltiplos do salário mínimo); número de pessoas por domicílio; escolaridade do chefe da família (categorizada em: analfabeto, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio completo e curso universitário); classificação socioeconômica pelo critério da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados (ABIPEME)⁹, que considera a presença de bens e serviços do domicílio e a escolaridade do chefe da família.

Também foi realizada uma avaliação do estado nutricional dos residentes nos domicílios com aferição do peso e estatura. Foram utilizadas balança antropométrica Welmy, mod. 110, precisão de 0,1Kg, na USF e, nas visitas aos domicílios dos integrantes da pesquisa, balança digital marca Tanita, com precisão desde 2 a 100 kg, capacidade total de

150 kg e com diferencial de 200 gramas para a pesagem. Para a mensuração da estatura foi utilizado estadiômetro infantil (altura máxima de 1 metro e divisão de 0,1 cm) para crianças até 100 cm, estadiômetro de adulto (altura máxima 2 metros e divisão de 0,5 cm) e fita métrica inextensível nas visitas aos domicílios, com precisão de décimos de centímetros, afixada na parede lisa e sem rodapé, com o auxílio de um esquadro de madeira. O entrevistado era orientado a ficar descalço, com o corpo em posição anatômica e a cabeça paralela ao solo.

Com base nos parâmetros de massa corporal e estatura, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) expresso em kg/m^2 . Posteriormente, os dados coletados foram classificados pelos pontos de corte padronizados pela Organização Mundial da Saúde (2006)¹⁰, e utilizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2008).¹¹

A estatura dos maiores de 60 anos foi estimada pela altura do joelho através de uma fita métrica, haja vista ser um bom indicador para a correlação da estatura do idoso, uma vez que estima a altura de idosos acamados, com severa curvatura espinhal ou incapazes de manter-se em pé. A técnica preconiza o idoso sentado, perna esquerda em posição de 90º, antropômetro do calcanhar até a rótula do joelho, sendo determinada através da seguinte fórmula:¹²

- Homem: $64,19 - (0,04 \times \text{idade}) + (2,02 \times \text{altura do joelho em cm})$
- Mulher: $84,88 - (0,24 \times \text{idade}) + (1,83 \times \text{altura do joelho em cm})$

Todos os procedimentos foram realizados após o treinamento dos alunos pesquisadores e seleção das famílias.

Tabulação e análise dos dados

A análise dos dados foi elaborada através do software EPI Info versão 3.5.1. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos, e as associações estabelecidas compreendem intervalo de confiança de 95%.

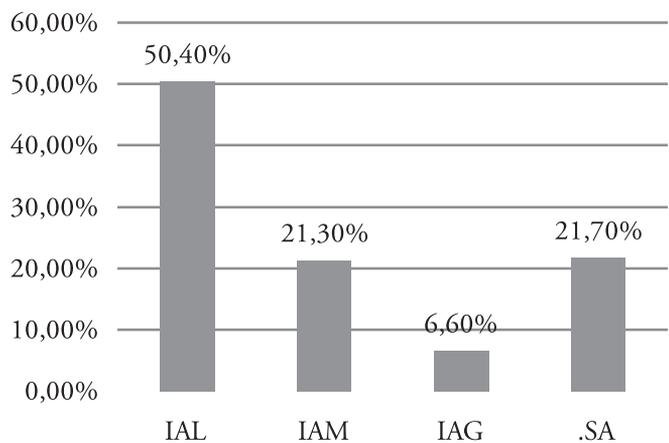
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 274 famílias, totalizando 1.044 indivíduos, sendo 99,6% da amostra inicialmente prevista. A média de idade dos usuários entrevistados foi de 42,3 anos, desvio padrão de 10,0 anos e a faixa etária mais prevalente foi entre 30 e 39 anos. A maioria dos entrevistados era do gênero feminino, (90,4%). A participação da mulher na

escolha do cardápio alimentar diário vem de longa data, todavia hoje se sabe que sua contribuição não é apenas na escolha dos alimentos. As crescentes contribuições dos rendimentos das esposas na renda total do casal e da família e o aumento da participação das mulheres que contribuem com mais de 50% da renda do casal devem desmistificar a condição periférica de seus rendimentos.¹³

A aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) revelou que 78,3% dos domicílios encontravam-se com algum grau de insegurança alimentar e, em situação de Segurança Alimentar (SA), 21,7%. Observou-se 50,4% de insegurança alimentar leve (IAL), 21,3%, insegurança alimentar moderada (IAM) e 6,6%, insegurança alimentar grave (IAG) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Situação de segurança e/ou insegurança alimentar em 274 domicílios avaliados na USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ, 2º semestre/2009



De acordo com o IBGE (2004)¹⁴, sobre o perfil da insegurança alimentar no Brasil, há a confirmação da desigualdade entre as cinco regiões brasileiras. No Sul do Brasil, 76,5% dos domicílios tinham garantido seu acesso à alimentação, tanto em termos qualitativos como quantitativos, enquanto no Sudeste 72,9% encontravam-se na mesma situação de segurança alimentar (SA) e, no Centro-Oeste, 68,8%. Já no Norte e Nordeste, isto ocorria em cerca de 53,6% e 46,4% dos domicílios, respectivamente.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 2004, em todo o território nacional, identificou insegurança alimentar em 34,8% dos domicílios particulares do país, e a prevalência de insegurança alimentar grave era de 6,5%. No caso particular do estado do Rio de Janeiro, a prevalência de insegurança alimentar era similar: 28,3%; e a insegurança grave foi observada em 3,7% dos domicílios.

Domicílios particulares, por situação de segurança alimentar e tipo de insegurança alimentar existente no domicílio, segundo as Grandes Regiões - Brasil - 2004

| | Domicílios particulares | | | | | |
|-------------------|-------------------------|--|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| | Total (1) | Situação de segurança alimentar existente no domicílio | | | | |
| | | Com segurança alimentar | Com insegurança alimentar | | | |
| | | Total | Leve | Moderada | Grave | |
| Valores absolutos | | | | | | |
| Brasil | 51 802 121 | 33 754 206 | 18 024 439 | 8 308 975 | 6 364 308 | 3 351 156 |
| Norte | 3 586 735 | 1 912 721 | 1 653 033 | 654 285 | 609 129 | 389 619 |
| Nordeste | 13 108 186 | 6 081 281 | 7 020 016 | 2 561 639 | 2 828 239 | 1 630 138 |
| Sudeste | 23 167 995 | 16 998 223 | 6 261 654 | 3 443 906 | 1 948 244 | 869 504 |
| Sul | 8 204 346 | 6 278 100 | 1 922 189 | 1 041 019 | 594 918 | 286 252 |
| Centro-Oeste | 3 754 860 | 2 583 881 | 1 167 547 | 608 126 | 383 778 | 175 643 |
| Valores relativos | | | | | | |
| Brasil | 100,0 | 65,2 | 34,8 | 16,0 | 12,3 | 6,5 |
| Norte | 100,0 | 53,8 | 46,3 | 18,3 | 17,1 | 10,9 |
| Nordeste | 100,0 | 46,4 | 53,6 | 19,5 | 21,6 | 12,4 |
| Sudeste | 100,0 | 72,9 | 27,0 | 14,9 | 8,4 | 3,8 |
| Sul | 100,0 | 76,5 | 23,4 | 12,7 | 7,3 | 3,5 |
| Centro-Oeste | 100,0 | 68,8 | 31,1 | 16,2 | 10,2 | 4,7 |

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004.

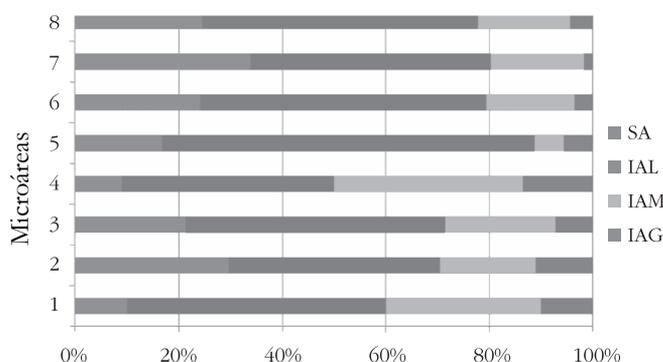
(1) Inclui os domicílios sem declaração de situação de segurança alimentar.

A prevalência geral de insegurança alimentar leve na USF Vila Felipe (50,4%) foi similar àquela observada no Nordeste brasileiro e a prevalência de insegurança grave (6,6%) foi comparável à média nacional. Contudo, esses números representam quase o dobro das médias estimadas na PNAD para o estado do Rio de Janeiro.

Considerando que as famílias analisadas no presente estudo residem em Petrópolis, região Sudeste, o grau de segurança alimentar está com valores próximos em relação ao estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, provavelmente pelo fato de que os critérios de inclusão eram justamente as famílias beneficiárias de programas de TCR, ou seja, mais vulneráveis.

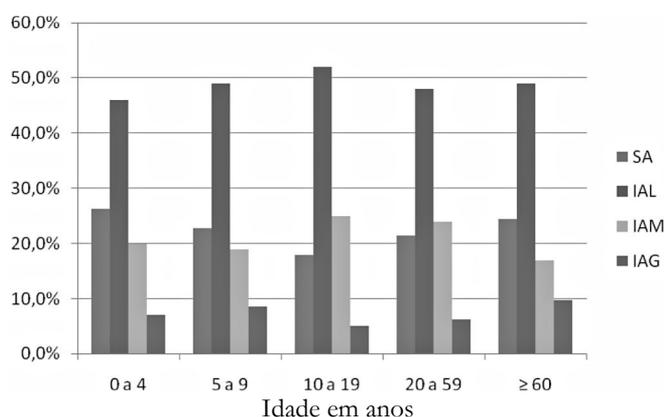
A situação de segurança e/ou insegurança alimentar foi desmembrada por micro áreas (MA) e constatou-se que na MA 4 havia o maior percentual de IAG, 13,6%, sendo seguida pela MA 2 com 11,1%. Quando avaliamos a SA, esta foi encontrada em maior percentual na MA 7, 33,9% seguida pela MA 2 com 29,6%.

Gráfico 2 - Classificação da segurança e/ou insegurança alimentar por microárea na USF Vila Felipe no 2º semestre/2009



Constatou-se que os dados, em todos os graus de insegurança alimentar, não são compatíveis com a situação socioeconômica das microáreas, de acordo com os dados da Ficha A preenchida pelos agentes comunitários de saúde. A microárea 01 foi a que apresentou maior número de pessoas em risco social, seguida das microáreas 07 e 08. Já as microáreas 02 03 e 04 possuem um melhor padrão de vida, porém com pequenas áreas de pobreza.

Gráfico 3 - Classificação da segurança e/ou insegurança alimentar, de acordo com a faixa etária, na USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ no 2º semestre/2009



Observou-se neste gráfico que 46% dos menores de 5 anos, 49% dos de 5 a 10 anos e 52% dos adolescentes encontravam-se em IAL, referindo-se ao temor de que a alimentação falte. Como foram os adultos do domicílio que responderam às perguntas, percebeu-se grande preocupação de que a comida acabasse antes que se tivesse condição de comprar ou receber mais, principalmente porque havia crianças e adolescentes nesses domicílios.

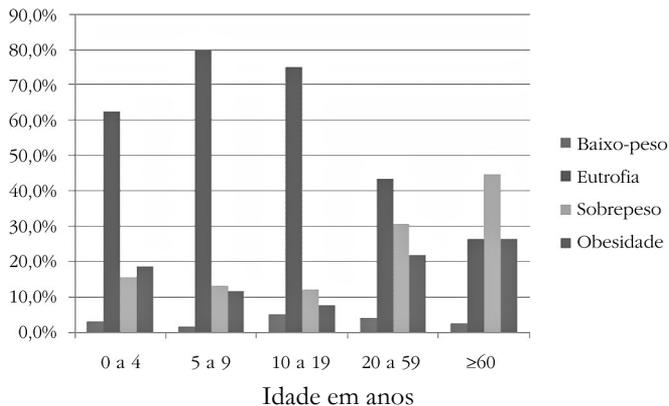
De acordo com o gráfico 4, observou-se que, no total de 96 crianças na faixa etária de 0-4 anos e 11 meses, 62,5% encontravam-se eutróficas; 34,3% com sobrepeso ou obesidade e 3,1% com baixo-peso. Na faixa etária de 5-9 anos e 11 meses, em um total de 130 crianças, 79,8% encontravam-se eutróficas; 24,6% com sobrepeso ou obesidade e 1,5% com baixo peso.

Em relação aos 249 adolescentes, 75,1% encontravam-se eutróficos, 19,6% com sobrepeso ou obesidade e 5,2% em baixo-peso. Avaliando-se 472 adultos, 43,4% eram eutróficos; 52,5% com sobrepeso ou obesas e 4% estavam com baixo peso.

Em relação aos 38 idosos, 26,3% eram eutróficos; 71% com sobrepeso ou obesidade e apenas 2,6% com baixo peso. Demonstrando-se, similaridade com outros estudos nacionais, desta forma, recomenda-se a prática de atividades físicas

e uma conservação de hábitos alimentares saudáveis para controlar e prevenir a gordura corporal elevada dos idosos.

Gráfico 4 - Classificação do estado nutricional de acordo com a faixa etária, na USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ, no 2º semestre/2009



A pesquisa do IBGE 2004¹⁴ destacou que a média nacional do indicador de baixo-peso, em crianças menores de 5 anos, reduziu-se de 7,1% para 5,7% nas crianças pesquisadas. Esses dados são compatíveis com as crianças do presente estudo. Em relação aos adolescentes, um estudo realizado em Itapebi - Bahia (2009)¹⁵ encontrou uma estatística próxima à da pesquisa em questão, ou seja, baixo peso em 29%, eutrofia em 44,2%, sobrepeso em 21,5% e obesidade em 5,3% da população estudada.

Quando se relacionou o estado nutricional com a segurança alimentar ou o grau de insegurança alimentar, observou-se que, apesar de 78,3% da população estar com algum grau de insegurança alimentar, 39,9% das pessoas apresentam sobrepeso ou obesidade e indicam IAL; 35,4% IAM e 25,7% IAG.

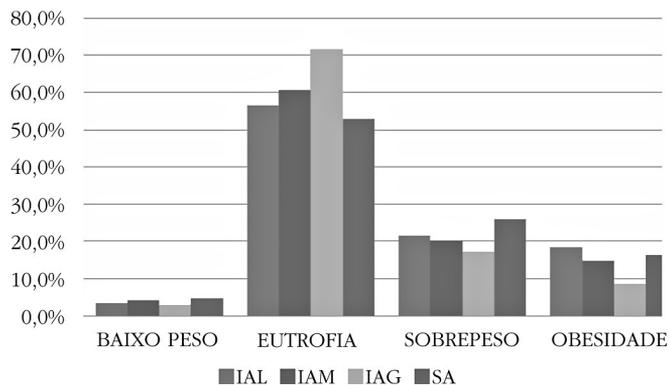
No Brasil, assim como em vários outros países menos desenvolvidos, a coexistência de déficit nutricional com excesso de peso, assim como da carência de micronutrientes com doenças crônicas não transmissíveis nas mesmas regiões - e por vezes dentro do mesmo domicílio - caracteriza a chamada transição nutricional.¹⁶

Por outro lado, a quantidade de pessoas com baixo peso e com algum grau de insegurança alimentar não foi relevante, considerando apenas esse estudo (3,5% com IAL; 4,2% com IAM e, com IAG, 2,86%).

As pessoas eutróficas foram a maioria, atingindo 71,4%, entre as classificadas como IAG. A IA pode estar ocorrendo entre pessoas sem sintomas de desnutrição (detectados através da antropometria) - a chamada Fome Oculta.¹⁷ Outra pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸, realizada em 1997, no Nordeste e Sudeste do País, também demonstrou um crescimento do sobrepeso em adultos, com 38,5% da população estudada.

Gráfico 5 - Classificação da segurança alimentar de acordo com o estado nutricional na USF Vila Felipe, Petrópolis-RJ, no 2º semestre/2009



Outra questão a ser avaliada frente a esses resultados pode ser o acesso a alimentos de alto valor calórico (massas, arroz, óleo e farinhas), que costumam compor as cestas-básicas e outros auxílios alimentares fornecidos às famílias em situação de risco social.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que, embora a população receba benefícios sociais e apresente estado nutricional, predominantemente, eutrófico, há alta incidência de insegurança alimentar, demonstrando que esses programas, infelizmente, não são uma solução instantânea para os problemas da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil.

Observou-se, ainda, uma parcela significativa de obesidade e sobrepeso, provavelmente, por dieta inadequada, através de elevada ingestão de proteínas e lipídeos e deficiente em fibras, ocasionando desequilíbrio de nutrientes, sendo que tal condição está associada ao maior risco de doenças crônicas não-transmissíveis. Neste sentido, ressalta-se a necessidade de trabalhar com essas pessoas por meio de ações de educação em saúde e nutrição.

Assim sendo, trata-se de um processo de rápidas mudanças que caracteriza a transição nutricional em curso, atingindo, inclusive, as populações de condições de vida excepcionalmente desfavoráveis.

Pesquisas como esta são importantes para o levantamento e análise de dados estatísticos, além de conhecer a realidade de populações inscritas em políticas públicas, o

que pode ajudar na definição de novas políticas, como a Lei Orgânica Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional/RJ de 28 de outubro de 2009, visando, desta forma, o enfrentamento de problemas como a desnutrição e a fome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório Final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA; 2006.
2. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA; 2004.
3. Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(supl.2): S332-S340
4. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Insegurança alimentar diminuiu, mas ainda atinge 30,2% dos domicílios brasileiros. [Citado em 2009 set. 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1763&id_pagina=1.
5. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. [Citado em 2009 out. 15]. Disponível em: <http://www.prosaude.org>.
6. Secretaria de Trabalho, Assistência Social e Cidadania. Programa Cesta Cheia - Família Feliz. [Citado em: 2009 set. 13]. Disponível em http://www.petropolis.rj.gov.br/index.php?url=http%3A//www.petropolis.rj.gov.br/pp/modules/xt_conteudo/index.php%3Fid%3D3.
7. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004; 1(2):19-26.
8. Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud Av*. 2007; 21(60):143-54
9. Mattar FN. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio-econômica de ABA-ABIPEME. *Revista Administrativa*. 1995 ;30:57-74.
10. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr*. 2006; (S450):76-85.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN. Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: MS; 2008.
12. Costa EFA, Monego ET. Avaliação geriátrica ampla. *Rev UFG*. 2003 dez; 5(2):11-5.
13. Deutsch FM, Roksa J, Meeske C. How gender counts when couples count their money. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2003 Apr; 8(7-8):291-304.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2004 - segurança alimentar. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
15. Matias VB. Estado nutricional referenciado no índice de massa corporal de escolares do município de Itapebi, BA. [Citado em: 2009 nov. 16]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd128/indice-de-massa-corporal-de-escolares.htm>.
16. Santos JV. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad Saúde Pública*. 2010 jan; 26(1):41-9.
17. Gubert BM. Observatório de políticas de segurança alimentar e nutrição. Universidade de Brasília. [Citado em: 2009 nov. 16]. Disponível em <http://vsites.unb.br/fs/opsan>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa sobre padrões de vida (PPV), 1997. [Citado em: 2009 ago. 23]. Disponível em http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=inquerito_populacional_ppv.

Submissão: julho de 2010

Aprovado: agosto de 2011
