

(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS DE GESTANTES DOS DISTRITOS SANITÁRIOS II E III, RECIFE - PERNAMBUCO

(In)Food safety and socioeconomic indicators for pregnant women Sanitary Districts II and III, Recife - Pernambuco

Amanda de Azevedo Araújo¹, Ana Célia Oliveira dos Santos²

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o perfil da segurança alimentar de gestantes e a sua associação com variáveis socioeconômicas e participação em programa de transferência de renda. O estudo foi de delineamento transversal com abordagem quantitativa. Para isso, foram utilizados dados da ficha A, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), o critério de classificação socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e dados de saneamento da moradia. Participaram do estudo 88 gestantes cadastradas em três Unidades de Saúde da Família do Município do Recife, entre novembro de 2012 e janeiro de 2013. De acordo com a EBIA, 71,5% das gestantes estavam em situação de insegurança alimentar, chegando a 81,5% quando analisadas apenas as beneficiárias de programas de transferência de renda. Gestantes que pertenciam a famílias com maior poder de consumo e possuíam renda própria apresentaram associação significativa com a segurança alimentar em relação àquelas com menor poder de consumo e sem renda própria. A alta prevalência de insegurança alimentar encontrada no estudo mostra a importância do acompanhamento destas famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social, assim como nos permite avaliar o impacto das políticas públicas voltadas para famílias de baixa renda.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança Alimentar; Renda; Gestantes.

ABSTRACT

This research aims to analyze the food security profile of pregnant women and its association with socioeconomic variables and participation in income transfer program. The study was cross-sectional with quantitative approach. For this, we used record A data, the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA), the socioeconomic classification criteria of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) and sanitation of housing data. The study included 88 pregnant women enrolled in three Family health units of the city of Recife, between November 2012 and January 2013. According to the EBIA 71.5% of the women were in a food insecurity situation, reaching 81.5 % when analyzed only the beneficiaries of cash transfer programs. Pregnant women from families with higher purchasing power and who possessed their own income were significantly associated with food security in relation to those with less purchasing power and without their own income. The high prevalence of food insecurity found in the study shows the importance of following up these families living in situations of social vulnerability, as well as allowing us to evaluate the impact of public policies for low-income families.

KEYWORDS: Food Security; Income; Pregnant Women.

¹ Nutricionista. Pós-Graduada em Saúde da Família pela Universidade de Pernambuco. Graduada pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: amanda_azevedo2@hotmail.com.

² Nutricionista. Tutora da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família. Doutora em Ciências Biológicas. Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Pernambuco.

INTRODUÇÃO

Todo ser humano tem direito à alimentação e nutrição adequadas, segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, feita em 1948 e assinada por povos do mundo inteiro. Esse é um direito humano, assim, todos os indivíduos devem ter acesso à alimentação adequada garantida, seja por seus próprios recursos, de preferência, ou com o auxílio do governo. Ter "Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)" significa ter uma alimentação saudável e estar livre da fome e da má nutrição.¹

Durante a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, foi construído o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como

a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente de 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.^{2,4}

O conceito de segurança alimentar construído no país vai além do aporte calórico e incorpora a noção da soberania alimentar, do direito humano, da alimentação adequada e segura do ponto de vista sanitário e químico, da diversidade cultural e territorial e da sustentabilidade ambiental, econômica e social.³

Com o desenvolvimento da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), foi possível a realização de diversas pesquisas locais e de uma pesquisa nacional, a Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares (PNAD),⁴ conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2004, cujos resultados mostraram que, àquela ocasião, 34,8% da população brasileira convivia com algum grau de insegurança alimentar. As condições mais precárias foram observadas na região Nordeste, onde a prevalência global dessa situação foi de 53,6%. A PNAD mostrou ainda que a situação de insegurança alimentar era mais frequente nos domicílios em que algum morador era beneficiário de programas de transferência de renda.⁵

O Programa Bolsa Família (PBF) foi instituído pela Lei n. 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17 de setembro de 2004. Foi criado para apoiar as famílias mais pobres e garantir o direito aos serviços sociais básicos. Para isso, o Governo Federal transfere renda diretamente para as famílias, além de promover o acesso à saúde, educação e assistência social.⁶ O objetivo principal é o combate à pobreza, mas o pro-

grama também tem como propósito "combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional". Esse efeito pode se estabelecer pelos possíveis impactos da renda na alimentação familiar ou pelas ações de atenção básica em saúde que integram o conjunto de condicionalidades cumpridas pela família.⁶

Ainda de acordo com esse decreto, o benefício variável do PBF é destinado a unidades familiares que se encontrem em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham gestantes em sua composição. Para isso, são necessários a inscrição no pré-natal e participação em atividades educativas sobre aleitamento materno, orientação para uma alimentação saudável e preparo para o parto.⁶

A alimentação e a nutrição adequadas são fundamentais para atender às necessidades da gestante e nutriz, e, com isso, obter melhores resultados sobre a saúde da mulher e da criança.¹ O estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, logo, os cuidados com a alimentação materna devem ser redobrados, pois o organismo materno é a única fonte de nutrientes para o feto.⁷ Para vivenciar uma gestação tranquila e saudável e garantir uma amamentação de sucesso, é necessário que a mulher esteja com bom estado nutricional antes, durante e depois da gestação. Isso inclui ganho de peso adequado e prevenção de doenças como anemia, diabetes e hipertensão. A confluência desses fatores contribuirá para a redução do baixo peso ao nascer e da mortalidade materna e neonatal.¹

Visto que para implementar políticas públicas de combate à insegurança alimentar e nutricional (InSan) faz-se necessário identificar os domicílios que sofrem com essa situação, o presente estudo teve como objetivo estabelecer as prevalências de (In)segurança alimentar, bem como avaliar a sua associação com indicadores socioeconômicos e ambientais de gestantes em três comunidades da área urbana do município de Recife.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, de delineamento transversal, com abordagem quantitativa, realizado com gestantes atendidas por três Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas no município de Recife, distritos II e III, entre novembro de 2012 e janeiro de 2013, perfazendo um total de 88 gestantes.

A pesquisa foi realizada conforme a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da condução de pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, sob o número de Protocolo CAAE: 05671912.1.0000.5207. A participação

na pesquisa foi de forma voluntária, após convite e esclarecimentos a respeito do objetivo do estudo. As gestantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável pelo estudo, integrante do Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade de Pernambuco, durante visitas domiciliares, consultas de pré-natal e atividades em grupos, com acompanhamento do agente comunitário de saúde responsável pela família. Para coletar os dados, utilizou-se o questionário do Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e consultas às fichas de cadastro das famílias presentes nas Unidades de Saúde da Família.

Avaliação dos indicadores socioeconômicos e caracterização do domicílio

Para a classificação socioeconômica, foi utilizada a estimativa da capacidade de consumo, conhecida como Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP),⁸ que constitui um sistema de pontuação padronizado e estima a capacidade de consumo da população brasileira. Esse critério tem como objetivo discriminar grandes grupos de acordo com sua capacidade de consumo de produtos e serviços, sendo assim relacionado com a renda.⁸ O Critério Brasil avalia a posse de nove itens: automóveis, aparelhos de televisão em cores, rádios, banheiros, empregadas domésticas, máquina de lavar roupa, geladeira e *freezer*, videocassete ou DVD e nível de instrução do chefe da família. A pontuação obtida classifica as famílias entre as classes A (maior capacidade de consumo) e E (menor capacidade de consumo).⁸

Dados como idade da gestante, quantidade de moradores no domicílio, condição de ocupação da casa, ocupação da gestante (se possui renda própria ou não), saneamento básico (destino de fezes e urina) e abastecimento de água foram coletados por meio de consultas às fichas cadastrais das famílias que se localizam na Unidade de Saúde da Família e são constantemente atualizadas pelos agentes comunitários de saúde.

Avaliação de Insegurança Alimentar e Nutricional

Para o diagnóstico da insegurança alimentar, foi aplicada a EBIA, que é composta por 15 perguntas destinadas a famílias com algum morador menor de 18 anos ou 9 perguntas para famílias compostas somente por adultos, com graus de gravidade crescente, indo desde a preocupação com a falta de alimento no domicílio, até a situação de

algum morador haver passado um dia inteiro sem comer nos últimos três meses.⁹

De acordo com a EBIA, quando o entrevistado responde negativamente a todas as questões da escala, a família é classificada em situação de segurança alimentar; até 5 respostas positivas, insegurança alimentar leve; de 6 a 10 respostas positivas, insegurança alimentar moderada e, de 11 a 15 respostas positivas, insegurança alimentar grave, que representa um estado no qual a família convive com a situação real de fome, na qual os adultos e/ou as crianças residentes nesses domicílios deixam de realizar refeições ou mesmo ficam até um dia inteiro sem comida. Para famílias somente com adultos, a escala classifica em segurança alimentar quando todas as respostas são respondidas negativamente; em insegurança alimentar leve: de 1 a 3 respostas positivas; insegurança alimentar moderada: de 4 a 6 respostas positivas; insegurança alimentar grave: de 7 a 9 respostas positivas.⁹

ANÁLISE DE DADOS

As variáveis foram representadas pelas estatísticas descritivas pertinentes: frequência absoluta (n) e relativa (%). As medidas de associação entre a variável dependente e as demais variáveis do estudo foram avaliadas pelo Teste do Qui-quadrado (ou Exato de Fisher – no caso da quantidade amostral ser pequena), adotando-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$) para negação da hipótese de não associação. Para as variáveis que apresentaram associação significativa, foram calculados os valores de *Odds Ratio*. Para a classificação socioeconômica, foram utilizadas variáveis dicotomizadas, nas quais foi considerada a classe com maior capacidade de consumo (A e B) e classes com menor capacidade de consumo (C, D e E). Utilizaram-se os programas R Estatística para análises de associação, SPSS versão 15.0 *for Windows* para análise de média e o teste de Spearman para a análise de correlação entre insegurança alimentar e capacidade de consumo das famílias.

RESULTADOS

Foram estudadas 88 gestantes com a média de idade de $23,9 \pm 6,1$ anos cadastradas e acompanhadas por Unidades de Saúde da Família do Município de Recife. Dentre as gestantes, foi encontrado que 69,3% não eram beneficiárias do Programa Bolsa Família. Quanto aos motivos para o não recebimento do benefício, observou-se que 75,4% não tinham perfil para o cadastro no Programa, 11,5% não tinham conhecimento sobre o direito ao benefício e 13,19% haviam realizado o cadastro e, até o momento da pesquisa, não haviam obtido resposta afirmativa para a

participação.

Para as gestantes que afirmaram ser beneficiárias do Programa, nenhuma citou a gestação como motivo para o benefício, enquanto a situação de ser adolescente e a presença de crianças na família apareceram em 11,1% e 88,8%, respectivamente.

A aplicação da EBIA mostrou que apenas 28,5% das gestantes referiram estar em situação de segurança alimentar, respondendo “não” a todas as perguntas (Tabela 1). Entre estas, 20% eram beneficiárias do PBF e 80% não

recebiam o benefício.

De acordo com a classificação do “Critério Brasil” da ABEP, 84% das gestantes foram classificadas com menor capacidade de consumo e cerca de 8% delas moravam em domicílio com mais de 8 pessoas. Quanto às condições de ocupação da moradia, 60% possuíam casa própria. Das entrevistadas, 67% não possuíam renda própria, ou seja, eram estudantes ou donas de casa. A caracterização completa dos domicílios está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das gestantes quanto ao recebimento do Bolsa Família, à situação de Segurança Alimentar (segundo a EBIA) e às condições socioeconômicas e de saneamento. Recife, 2012/2013.

Características dos Domicílios	nTotal	%Total	nB*	%B	nNB**	%NB
Situação de Segurança Alimentar						
Segurança Alimentar	25	28,41	5	20,0	20	80,0
Insegurança Alimentar Leve	48	54,55	15	31,25	33	68,75
Insegurança Alimentar Moderada	12	13,64	6	50,0	6	50,0
Insegurança Alimentar Grave	3	3,41	1	3,70	2	3,28
Nível Socioeconômico						
Maior capacidade de consumo	14	15,91	3	11,11	11	18,03
Menor capacidade de consumo	74	84,0	24	32,4	50	67,5
Número de Moradores no Domicílio						
01 a 04	53	60,23	17	32,0	36	67,9
05 a 08	28	31,82	9	32,14	19	67,8
Maior que 08	7	7,95	1	14,2	6	85,7
Condição de Ocupação da Casa						
Própria	53	60,23	13	48,15	42	68,85
Alugada	26	29,55	9	33,33	17	27,87
Cedida por familiares	9	10,23	5	18,52	4	6,56
Saneamento/Destino de Fezes e Urina						
Fossa	62	70,45	17	62,96	45	73,77
Sistema de esgoto	17	19,32	5	18,52	12	19,67
Céu aberto	9	10,23	5	18,52	4	6,56
Ocupação da Gestante						

Características dos Domicílios	nTotal	%Total	nB*	%B	nNB**	%NB
Ocupação da Gestante						
Sem renda própria	59	67,04	20	33,89	39	66,10
Com renda própria	29	32,95	7	24,13	22	75,86

* B: Beneficiárias do Programa Bolsa Família

** NB: Não beneficiárias do Programa Bolsa Família

Fonte: dados da pesquisa.

Não foram observadas associações entre participação em programas de transferência de renda ($p=0,207$), idade das entrevistadas ($p=0,5201$), quantidade de moradores ($p=0,578$), condição de ocupação da casa ($p=1,00$) e destino de fezes e urina ($p=0,387$) com a (in)segurança alimentar, embora exista uma tendência de as beneficiárias do Programa Bolsa Família apresentarem mais insegurança alimentar do que aquelas não beneficiárias. Por outro lado, as gestantes que possuíam renda própria tiveram três vezes mais chance de apresentar segurança alimentar em relação àquelas que não possuíam ($p=0,02$, $OR=3,13$). A associação entre a segurança alimentar e classificação

socioeconômica também apresentou resultados significativos quando se compararam as famílias com maior poder de consumo àquelas com menor poder de consumo ($p=0,03$, $OR=0,57$). Houve uma leve correlação, provavelmente devido ao tamanho amostral, entre a pontuação na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e a classe socioeconômica: quanto maior a pontuação da escala, ou seja, quanto maior a insegurança alimentar, menor era a classe socioeconômica da gestante ($\rho=0,269$). A Tabela 2 mostra os resultados das associações entre os fatores socioeconômicos/ambientais e a segurança alimentar.

Tabela 2 - Situação de Segurança Alimentar de gestantes segundo idade e características socioeconômicas. Recife, 2012-2013.

	Segurança Alimentar (%)	Insegurança Alimentar (%)	Valor de p
Idade			
14 a 19 anos	75,0	25,0	0,5201
20 a 24 anos	80,0	20,0	
25 a 29 anos	61,5	38,5	
> 29 anos	69,2	30,8	
Classe Socioeconômica			
Maior capacidade de consumo	21,4	78,6	0,0310*
Menor capacidade de consumo	29,7	70,2	
Número de Moradores no Domicílio			
01 a 04	32,1	67,9	0,5789
05 a 08	21,4	78,6	
Maior que 08	28,6	71,4	

	Segurança Alimentar (%)	Insegurança Alimentar (%)	Valor de p
Condição de Ocupação da Casa			
Própria	28,3	71,7	
Alugada	30,8	69,2	1,000
Cedida por familiares	22,2	77,8	
Saneamento/Destino de Fezes e Urina			
Fossa	25,8	74,2	
Sistema de esgoto	41,2	58,8	0,3876
Céu aberto	22,2	77,8	
Renda			
Com renda própria	44,8	55,2	
Sem renda própria	20,3	79,7	0,0236**

* Odds Ratio = 0,57 de razão de prevalência

** Odds Ratio = 3,13 de razão de prevalência

Fonte: dados da pesquisa.

As condições de abastecimento de água não apresentaram associação com a segurança alimentar, uma vez que

100% dos domicílios afirmaram ser abastecidos por meio da rede geral.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a ocorrência de insegurança alimentar em gestantes residentes em três comunidades do Recife que são atendidas pela Estratégia Saúde da Família, por meio da aplicação da EBIA e realizou a caracterização da amostra estudada segundo algumas variáveis socioeconômicas.

Como um dos pressupostos da SAN, destaca-se a preservação do poder de compra suficiente para se adquirirem alimentos em quantidade e qualidade adequadas, ao mesmo tempo em que seja possível reduzir o peso relativo dos gastos com a alimentação na renda familiar. E essa condição depende dos instrumentos que promovem a elevação da renda monetária e sua distribuição equânime.¹⁰ Logo, as políticas de transferência de renda podem ter papel relevante na melhoria das condições sociais da população, especialmente entre aqueles em situação de extrema pobreza.

Em Pernambuco, existe um total de 1.143.110 famílias

atendidas pelo PBF. Segundo o Censo de 2010, existem 1.019.901 famílias, no Estado, com o perfil para receber o Bolsa Família. Tendo em vista o total de famílias que recebem o benefício, verifica-se que a cobertura do Programa é de 112,08%.¹⁰

Foi encontrado grande número de gestantes que não recebiam o benefício do PBF, atribuindo-se isso, em grande parte, ao fato de não possuir perfil para participação no programa. Uma sugestão para esse resultado pode ser a redução da desigualdade ao longo das últimas décadas no país, medido pelo índice de Gini – indicador utilizado para medir o grau de concentração de uma distribuição – e aumento do rendimento médio no Estado de Pernambuco.¹¹ Por outro lado, este estudo foi realizado em um município que está entre os dez do estado com rendimento domiciliar *per capita* mais alto.¹⁰ Segundo a Pesquisa de Emprego e Desemprego realizada em sete regiões metropolitanas do país, a Região Metropolitana do Recife (RMR) vem apresentando diminuições no nível de desemprego total da população economicamente ativa, que caiu

de 21,3% para 13,5%, entre 2006 e 2011, além de ter ampliado a oferta de ocupações e o mercado de trabalho ter aprimorado sua qualidade com o aumento do número de empregados com carteira assinada.¹²

Outros motivos para o não recebimento do benefício foram a falta de informação e a burocracia enfrentada para o cadastramento no PBF. A redução da pobreza é um desafio para o Estado de Pernambuco, cabendo a este a inserção das famílias que necessitam, mas ainda não estão inseridas nos programas de transferência de renda, além de implementar políticas afirmativas para que essas famílias não se tornem permanentemente dependentes desse tipo de ajuda.¹⁰ São necessárias a atualização permanente e a busca ativa das famílias que se encontram em situações mais vulneráveis para manter o princípio da equidade e para que, em curto prazo, os indicadores de SAN possam melhorar.

Ao comparar o resultado da Pesquisa nas comunidades de Recife com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD),¹⁵ verifica-se que o percentual de famílias em situação de insegurança alimentar leve foi bem maior nas comunidades estudadas (54,5%) do que no Estado de Pernambuco (18,7%). Porém, é importante considerar que o presente estudo trabalhou com amostra específica, constituída de famílias com uma gestante em sua composição. Segundo a PNAD, a situação da segurança alimentar em Pernambuco melhorou consideravelmente, passando de 48,7% dos domicílios particulares, em 2004, para 57,9%, em 2009, mais que o dobro encontrado no presente estudo. Quanto à insegurança alimentar, o Estado conseguiu uma melhora desse indicador em 2009 comparado ao ano 2004: uma queda sutil nos percentuais de insegurança moderada (de 9,9% para 6,5%) e grave (de 6,9% para 5,0%) e um suave acréscimo no percentual de insegurança alimentar leve (de 18,0% para 18,7%)¹³.

Uma pesquisa realizada entre 2010/2011, intitulada *Avaliação da (In) Segurança Alimentar nas Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco* mostrou dados que diferem da PNAD e do presente estudo. Apenas 42,8% da população pernambucana residente na área urbana apresenta uma situação de segurança alimentar. Dos que apresentaram insegurança alimentar, 24,1% apresentam forma leve, 24,6%, forma moderada e 8,5%, forma grave¹⁴.

Entre as 27 unidades da federação, Pernambuco é a 14ª no *ranking* de insegurança alimentar grave, com 6,3%, enquanto Santa Catarina é a última, com 1,9%, e a pior situação é a do Maranhão, com 14,9%. Em 2009, no Nordeste, Pernambuco tornou-se o Estado com o mais baixo índice de insegurança alimentar grave.¹¹

Embora a participação em programa de transferência de renda não ter sido associada à insegurança alimentar

neste estudo, notou-se uma tendência ao aumento da insegurança alimentar com o recebimento do Bolsa Família, uma vez que as gestantes que não recebiam o benefício tinham prevalência mais alta de segurança alimentar (32,8%) do que aquelas que recebiam (18,5%).

O estudo de Vianna et al. mostrou, por meio de análises estratificadas por situação de segurança alimentar e pelos diferentes graus de insegurança alimentar que, à medida que aumentava a proporção das famílias que recebiam algum tipo de ajuda, também aumentava o grau de insegurança alimentar, sendo que mais da metade das famílias em insegurança alimentar grave estavam incluídas em algum programa oficial de transferência de renda.¹⁵

Segundo o IBGE,¹⁶ entre beneficiários de programas de transferência de renda no Brasil, a insegurança alimentar moderada foi de 26%, resultado semelhante ao encontrado neste estudo (22,2%), enquanto a insegurança grave foi bem maior no estudo do IBGE. Apesar desses dados, a prevalência da insegurança alimentar grave é menor do que a leve e moderada. Isso pode ser decorrente do fato de o Bolsa Família deixar as pessoas pobres um pouco menos pobres, em virtude da renda transferida, melhorando também a desigualdade social.¹⁷

Segall-Côrrea et al. utilizaram o banco de dados da PNAD⁴ e apontaram que o incremento no valor de transferência de renda aumenta a chance de segurança alimentar ou insegurança leve, isso é, afasta as famílias da insegurança moderada ou grave, o que se constitui em uma expressão maior de pobreza.⁵

Segundo estudo realizado por Maxwell,¹⁸ nem todas as pessoas são passivas diante da insegurança alimentar e muitas delas conseguem elaborar estratégias na tentativa de superação dessa condição. As estratégias mais comuns estão relacionadas a alterações nas práticas alimentares em curto prazo, entre elas a compra de alimentos mais baratos, limitação da quantidade individual ingerida por cada membro, limitação da ingestão materna para sobrar mais para o filho, omissão de uma ou duas refeições diárias.

A classificação socioeconômica é um reflexo do poder de compra da família e da escolaridade do chefe do domicílio. Quanto maior a escolaridade do chefe da família e quanto maior o número de bens, melhor a classificação econômica. A categorização das famílias segundo os critérios da ABEP permitiu identificar a classe socioeconômica das gestantes estudadas e mostrou que, na classe B, não foram observadas famílias em insegurança alimentar grave, enquanto 70,2% estavam em situação de insegurança alimentar nas classes mais desfavorecidas (C, D e E). Em pesquisa realizada no município de Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, foi encontrado resultado semelhante: ausência de insegurança alimentar grave na classe

socioeconômica tipo B, enquanto cerca de 70% das famílias classificadas nas classes D e E relataram algum grau de insegurança alimentar.¹⁹

Vale observar que, apesar da insegurança alimentar grave, que diagnostica situação de fome entre os integrantes da família, não ter sido observada em famílias da classe socioeconômica B, ainda foram observadas situações de insegurança alimentar leve (Tabela 3) e, em menor fre-

quência, moderada. Resultado semelhante foi encontrado na Paraíba, quando famílias com renda *per capita* acima de R\$300,00, equivalente a um salário mínimo na época da coleta de dados, praticamente não reportaram situações de insegurança alimentar grave, apesar de ainda serem classificadas nos outros graus menos severos de insegurança.¹⁵

Tabela 3 - Caracterização da gestante segundo capacidade de consumo, quantidade de moradores no domicílio e grau de Insegurança Alimentar. Recife, 2012-2013.

	IA* leve (%)	IA Moderada (%)	IA Grave (%)
Classe Socioeconômica			
Maior capacidade de consumo	64,3	14,3	0
Menor capacidade de consumo	52,7	13,5	4,0
Número de Moradores no Domicílio			
01 a 04	56,6	9,4	1,9
05 a 08	53,6	17,9	7,1
Maior que 08	42,9	28,9	0

* IA: Insegurança Alimentar

Fonte: dados da pesquisa.

Pesquisa realizada em famílias com idosos em Campinas observou que, mesmo em famílias pertencentes ao estrato socioeconômico alto, a prevalência de insegurança alimentar leve chegava a 25%. Nos estratos de nível médio, essa prevalência subia para 54,6%. O fator considerado nessa pesquisa para a divisão dos grupos foi a proporção de escolaridade superior. Esses resultados reafirmam que a insegurança alimentar é um fenômeno mais complexo que aquele medido somente por indicadores socioeconômicos, embora esteja muito relacionada a eles.²⁰

Apesar da presença de gestantes adolescentes neste estudo, não houve associação entre a idade das entrevistadas e a prevalência de insegurança alimentar. Por outro lado, um estudo de Anschau et al.²¹ observou que a presença de menores de 18 anos na família normalmente está associada à situação de insegurança alimentar. Nesse mesmo estudo, verificou-se que, em domicílios apenas com moradores adultos, a condição de segurança alimentar apresentou proporção de 54,2%, duas vezes superior à das fa-

mílias com crianças e adolescentes.

Com relação ao número de moradores por domicílio, foi possível observar que, em famílias com um a quatro moradores, o percentual de segurança alimentar e insegurança leve era maior, 32% e 56,6% respectivamente. A insegurança alimentar moderada foi maior entre as famílias com mais de oito moradores (28,5%). Em estudo similar realizado no Município de Duque de Caxias, a segurança alimentar mostrou-se significativamente associada ao número de moradores no domicílio, observando-se um incremento significativo na prevalência de insegurança alimentar grave à medida que o número de moradores aumentava. Entre as famílias com pelo menos oito moradores, em Duque de Caxias, 48,0% foram classificadas em situação de insegurança alimentar moderada ou grave e a prevalência de insegurança superou a de segurança alimentar.²⁰

O padrão sanitário dos domicílios que integraram a pesquisa foi consideravelmente satisfatório. A grande

maioria dos domicílios contava com a presença de fossa séptica ou rede pública para esgotamento (89,7%). Todas as gestantes tinham acesso à água por meio da rede geral, resultado semelhante ao do Censo Demográfico de 2010, no qual a RMR junto com o Sertão do São Francisco foram as regiões do Estado que possuíam o maior percentual de atendimento desse serviço (84,9%).⁹ Portanto, a ausência de associação entre as condições de saneamento básico e segurança alimentar pode estar relacionada com as condições gerais de abastecimento de água e esgoto sanitário na região de estudo, que não permitem discriminação entre as famílias ($p=0,387$).

Quando se avaliou o fato de a gestante receber renda própria, ou seja, ter algum tipo de atividade remunerada, observou-se que, entre as que não possuíam renda própria, a SAN era menor, chegando ao dobro para aquelas que declararam ter alguma ocupação remunerada. Relação inversa foi observada para a situação de insegurança leve, que foi bem maior para aquelas sem atividade remunerada. A razão de chance de as gestantes virem a apresentar insegurança alimentar foi três vezes maior naquelas que não possuem renda própria comparativamente com as que têm alguma atividade remunerada ($p=0,023$, $OR=3,13$). Estudo realizado em Pernambuco mostrou que as categorias “trabalho formal” e “aposentado” apresentaram menores níveis de insegurança alimentar, com percentual inferior a 6% para a forma grave. De forma oposta, as categorias “trabalho informal” e “não trabalha” tiveram percentuais das formas moderadas e graves superiores a 40%.¹⁴

Estudar a prevalência de segurança alimentar e nutricional, assim como sua associação com fatores socioeconômicos e de saneamento básico, é uma forma de acompanhar e avaliar as políticas públicas voltadas para famílias de baixa renda, principalmente os programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, cujo principal objetivo é reduzir a pobreza e a insegurança alimentar entre os brasileiros.

CONCLUSÃO

Muitas famílias do município do Recife, onde a pesquisa foi realizada, ainda sofrem com a preocupação da possível falta de alimentos no domicílio.

Levando-se em consideração o pequeno tamanho amostral e a população específica estudada, o presente estudo não reflete o que ocorre na população geral de gestantes do município do Recife. De qualquer forma, tendo em vista a escassez de estudos sobre o tema nesse grupo específico, esta investigação levanta importantes dados que podem ser utilizados para se planejarem projetos de intervenção nesse grupo por profissionais de saúde da

Estratégia Saúde da Família que acompanham a situação de saúde das gestantes cadastradas em seu território de atuação. Ainda são necessários estudos futuros acerca do tema e que abordem melhor a população aqui estudada.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Alimentação e Nutrição para as Famílias do Programa Bolsa Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional – Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: CONSEA; 2004.
3. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil: indicadores e monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília: CONSEA; 2010.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD Segurança Alimentar 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
5. Segall-Côrrea AM, Marin-Leon L, Helito H, Pérez-Escamilla R, Santos LMP, Paes-Souza R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. *Rev Nutr.* 2008 jul./ago.; 21(Suplemento):39s-51s.
6. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Manual de Orientações sobre o Bolsa Família. 3ª ed. Brasília: MDS; 2009.
7. Belarmino GO, Moura ERF, Oliveira NC, Freitas GL. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(2):169-75.
8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2008 [Citado 12 jun. 2012]. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>
9. Segall-Corrêa AM, Perez-Escamilla R, Maranha LK, Sampaio MFA. Relatório Técnico: acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Universidade Estadual de Campi-

nas; 2003.

10. Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar de Pernambuco. Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional – 2013/2015. Pernambuco: CAISAN; 2012. Disponível em: <http://www2.sedsdh.pe.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=7a1b1871-a712-408e-b399-510ab1073ae7&groupId=17459>.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 – Características da população e dos domicílios – resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [Citado 10 maio 2012]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>.

12. Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco. Pesquisa de emprego e desemprego. Pernambuco: CONDEPE-FIDEM; 2012 [Citado 18 jun. 2012]. Disponível em: <<http://www2.condepefidem.pe.gov.br/web/condepe-fidem/ped>>.

13. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Suplemento de Segurança Alimentar 2004/2009 Brasil, Nordeste e Pernambuco. Brasília: PNAD; 2009 [Citado 11 jun. 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/defaultshhtm>.

14. Pernambuco. Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos. Superintendência das Ações de Segurança Alimentar e Nutricional – Suasán. Relatório técnico: avaliação da (in) segurança alimentar e nutricional nas Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco. Recife; 2011.

15. Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. Rev Nutr. 2008 jul./ago.; 21(Suplemento):111s-122s.

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE traça perfil inédito sobre a Segurança Alimentar no Brasil. 2006 [Citado jul. 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=600&idpagina=1>.

17. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Bolsa Família eleva renda e falha em saúde. Brasil: PNUD; 2007 [Citado dez. 2007]. Disponível em: <<http://>

www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=1806>.

18. Maxwell DG. Measuring food insecurity: the frequency and severity of “coping strategies”. Washington: Food Consumption and Nutrition Division (FCND); 1995. (Discussion Paper n. 8).

19. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcelos MTL, Veiga GV, Marins VMR, Jardim BC, Gomes FS, Sichieri R. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Nutr. 2008 jul./ago.; 21(Suplemento):99s-109s.

20. Marin-Leon L, Segall-Correa AM, Panigassi G, Maranhã LK, Sampaio MFA, Perez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1433-40.

21. Anschau FR, Matsuo T, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. Revista de Nutrição. 2012; 25(2):177-189.

Submissão: maio de 2015

Aprovação: novembro de 2015
