

Patrícia Girardi

Nutricionista, Coordenadora da Área de Segurança Alimentar e Nutricional de Joinville, Centro
Universitário Católica de Santa Catarina, Joinville/SC

Gabriella Bettiol Feltrin

Nutricionista, Mestre em Nutrição, Coordenadora de Curso de Nutrição,
Centro Universitário Católica de Santa Catarina, Joinville/SC.

RESUMO

Segurança alimentar e nutricional consiste na 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. O objetivo do estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à insegurança alimentar em usuários de um restaurante popular de Joinville, Santa Catarina. Trata-se de um estudo transversal ao qual participaram 233 usuários de um restaurante popular, maiores de 18 anos de ambos os gêneros, selecionados por amostragem de conveniência. A coleta de dados ocorreu com a aplicação de um questionário semiestruturado composto por três seções: características do entrevistado, insegurança alimentar e dados antropométricos. A insegurança alimentar foi avaliada por meio da aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. A análise estatística foi realizada no software Biostatic 5.6, sendo utilizado o teste de qui-quadrado e considerado significância estatística $p \leq 0,05$. A prevalência de insegurança alimentar foi de 68,2% (37,8% com insegurança alimentar leve, 17,2% moderada e 13,3% grave) e sua presença esteve associada com o gênero do entrevistado ($p=0,019$) e do chefe de família ($p < 0,001$) e com a escolaridade do entrevistado ($p=0,021$). Embora o estado nutricional não tenha se associado estatisticamente, destaca-se a elevada prevalência de excesso de peso encontrada (60,9%). Fazem-se necessárias mais ações que promovam a segurança alimentar e nutricional, em especial voltada para as mulheres, uma vez que o gênero feminino esteve associado a insegurança alimentar. Sugere-se a realização de novas pesquisas, preferencialmente prospectivas, uma vez que a mensuração da prevalência e dos fatores associados a insegurança alimentar é de suma importância para o desenvolvimento de ações que visem a garantia da segurança alimentar e nutricional, devendo estas serem direcionadas às áreas de maiores vulnerabilidades sociais.

Palavras-chave: fatores associados; insegurança alimentar; restaurante popular.

INTRODUÇÃO

O Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) constitui um dos direitos humanos básicos e é requisito fundamental para a legitimação de outros direitos inerentes à cidadania. Esse significa que as pessoas devem estar livres da fome e da desnutrição, devem ter acesso à alimentação adequada e saudável, sendo de responsabilidade do Estado, nas diferentes esferas de governo, respeitar, proteger e realizar este direito a população (BRASIL, 2006; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010).

Parcela significativa da população mundial passa por problemas que em grande parte estão relacionados com questões alimentares e nutricionais, seja pela ausência do alimento, pela má qualidade da alimentação ou por condições de vida e saúde que impedem o aproveitamento adequado do alimento disponível. Neste aspecto, a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) visa garantir o DHAA e as situações de Insegurança Alimentar (IA) podem ser identificadas por várias manifestações como por exemplo a fome, desnutrição, excesso de peso e o consumo de alimentos contaminados por agrotóxicos, entre outros. A dimensão nutricional do conceito incorpora, portanto, questões relativas à composição, à qualidade, à utilização biológica e à promoção da saúde. Suas consequências comprometem a qualidade de vida da população e geram custos para o governo, necessitando assim de políticas públicas que converjam para o alcance e monitoramento da SAN (BRASIL, 2006; OLIVEIRA et al., 2009; SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; RECINE; VASCONCELLOS, 2011).

A lei brasileira, além de estabelecer a alimentação adequada como direito humano imprescindível à cidadania, passou a obrigar o poder público a informar, monitorar e avaliar a sua efetivação. Com relação ao monitoramento, são realizadas pesquisas de base populacional, relativas ao diagnóstico da SAN no País como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (BRASIL, 2006; IBGE, 2014).

Os resultados da PNAD realizada em 2013 apontam para prevalência de IA de 22,6% na população brasileira, variando de 14,5% na região sudeste e 38,1% para a região nordeste. No estado de Santa Catarina (SC) a IA atinge aproximadamente 11% da população (IBGE, 2010; IBGE, 2014).

Diversos fatores interferem na IA e entre eles estão a indisponibilidade de alimentos, o baixo poder aquisitivo ou uso indevido desse recurso para a alimentação familiar, o grau de escolaridade, a cor de pele e o gênero do chefe da família. Os graus de IA variam desde preocupação e angústia pela incerteza de dispor regularmente de comida até a falta de alimento. Neste sentido, o Restaurante Popular (RP) é um dos programas integrados à rede de ações do 13 Fome Zero e tem como objetivo apoiar a implantação e modernização de restaurantes geridos pelo setor público, visando à ampliação de oferta de refeições prontas saudáveis e a preços acessíveis, reduzindo assim, o número de pessoas em situação de IA (BRASIL, 2004; PEIXOTO et al., 2014).

Neste sentido, mediante a relevância do tema e as consequências que a IA pode trazer para a população, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados à insegurança alimentar em usuários de um restaurante popular de Joinville.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal que ocorreu com usuários de RP de Joinville/ SC.

O RP ficava localizado no bairro Adhemar Garcia, região sudeste de Joinville. Em 2014, segundo dados do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Joinville (IPPUJ), o bairro contava com 9.986 habitantes e o rendimento médio mensal era de 1,58 salários-mínimos (IPPUJ, 2015).

De acordo com dados técnicos da Associação de Segurança Alimentar e Nutricional de Joinville, o RP atendia, em média, 550 pessoas por dia. Para cálculo amostral considerou-se uma população de 550 pessoas, margem de erro de 5 pontos percentuais e nível de confiança de 95%. Deste modo, estimou-se o número de 227 pessoas. Considerando-se, ainda, perda aleatória de 10% obteve-se um total de 250 usuários a serem investigados. A seleção dos entrevistados foi realizada por amostragem de conveniência, sendo abordados os usuários que estavam se retirando do estabelecimento após a realização da refeição (URNAU, 2016).

Foram incluídas na amostra pessoas com 18 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, que aceitaram participar da pesquisa a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e que não eram moradores do mesmo domicílio. Além disso, foram considerados elegíveis os usuários que almoçavam com frequência mínima de uma vez na semana no estabelecimento.

Foram excluídos da amostra os usuários do RP que possuíam deficiência física, pois impossibilitaria a avaliação antropométrica devido à necessidade de materiais adaptados, bem como pessoas que apresentavam deficiência intelectual, devido ao prejuízo na qualidade das informações respondidas, e gestantes, por apresentarem diagnóstico nutricional diferenciado, não sendo comparável com os demais indivíduos. Por fim, foram excluídas ainda pessoas que não assinaram o TCLE, que desistiram de participar da pesquisa, que eram moradoras do mesmo domicílio ou que não eram usuárias assíduas do RP (RIBEIRO, 2002; MONTEIRO et al., 2014).

A variável dependente analisada no estudo foi a IA, enquanto as variáveis independentes foram: estado nutricional, gênero, cor da pele e escolaridade do entrevistado, gênero do chefe da família e o número de moradores do domicílio.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2016, sendo realizada a aplicação face a face de um questionário semiestruturado composto por três seções: características do entrevistado, IA e dados antropométricos.

A tomada das medidas antropométricas foi realizada de acordo com

as recomendações de Lohman, Roche e Martolell (1998), definido segundo as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1995).

Para avaliar o peso corporal utilizou-se balança digital da marca Marte® com capacidade para 200 quilogramas (kg). Foi solicitado aos participantes que estivessem descalços, vestindo roupas leves, sem objetos no bolso e que se posicionassem de costas para a balança. Foram posicionados no centro do equipamento, em posição ortostática (em pé e corpo ereto), com o peso distribuído em ambos os membros inferiores, braços estendidos ao longo do corpo e cabeça no plano horizontal de Frankfurt para então realizar a leitura do peso.

Para aferir a estatura utilizou-se estadiômetro da marca AlturExata®, com altura máxima de 2,13 metros (m) e escala em milímetros. Foi solicitado que o indivíduo permanecesse com a cabeça em plano horizontal de Frankfurt, posição ortostática, descalços, com pés e tornozelos unidos, braços estendidos ao longo do corpo, ombros descontraídos e calcanhares, nádegas, cabeça e ombros em contato com o estadiômetro. Foi solicitado ainda que retirassem os adereços da cabeça como bonés e presilhas e a aferição foi realizada no momento que o indivíduo respirava profundamente.

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). O estado nutricional foi classificado segundo critérios adotados pela OMS, sendo que, para os idosos, foram utilizados os parâmetros propostos por Lipschitz (LIPSCHITZ, 1994; WHO, 1999).

Para fins de análise estatística, os indivíduos classificados com sobrepeso e obesidade foram categorizados com excesso de peso.

Para o diagnóstico de IA utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), instrumento validado, composta por 14 perguntas fechadas, com respostas positivas e negativas, direcionadas aos três meses anteriores à entrevista (SEGALL-CORREA; MARIN-LEON, 2009; SEGALL-CORREA et al., 2014).

Nas análises a variável “insegurança alimentar” foi classificada em “ausência de insegurança alimentar” e “presença de insegurança alimentar” (considerando os graus leve, moderada e grave) (SOUZA et al., 2012; GODOY et al., 2014; PEIXOTO et al., 2014; SOBRINHO et al., 2014; SPERANDIO; PRIORE, 2015).

Para obtenção dos dados sociodemográficos aplicou-se questionário semiestruturado, sendo coletadas informações referentes às variáveis: gênero do entrevistado (masculino e feminino), cor da pele do entrevistado (autorreferida) (branco e não branco), escolaridade do entrevistado (≤ 4 anos, >5 anos e 4) e gênero do chefe da família (masculino e feminino) (OLIVEIRA et al., 2009; MARINLEON et al., 2011; CABRAL et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; PEIXOTO et al., 2014; VICENZI et al., 2015).

O banco de dados foi organizado no programa Microsoft Office Excel®, versão 2016 e o software utilizado para análise estatística foi o Bioestatic 5.6. Inicialmente foi realizada a análise descritiva da amostra, por meio de frequências absolutas e relativas e para verificar a associação das variáveis de exposição e de desfecho foi aplicado o teste qui-quadrado

considerando-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

A pesquisa foi realizada apenas após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, com parecer consubstanciado número 1.697.968, aprovado em 25 de agosto de 2016.

Dentre as limitações da presente pesquisa, pode-se incluir o delineamento transversal, onde não é possível identificar o tempo de exposição aos fatores de risco ou de proteção para a IA encontrada. No entanto, dada a multidimensionalidade da IA, estudos transversais são os mais utilizados nas pesquisas nacionais para investigar a situação de IA nos domicílios. A amostragem por conveniência também é um fator limitante, contudo é um método que facilita a operacionalização do estudo e todos os usuários do RP foram convidados a participar da pesquisa o que minimiza essa limitação. A EBIA também pode ser citada por se tratar de uma escala de percepção, desta forma a situação da IA pode ser sub ou superestimada e apresenta dificuldade de estabelecer comparação com outras escalas internacionais por divergirem, por exemplo, no prazo de referência. Ainda assim ressalta-se que este é um instrumento validado e que favorece a confiabilidade nos resultados encontrados (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALLCORREA, 2008; GUERRA, 2011; GODOY et al., 2014; SPERANDIO; PRIORE, 2015; MONTEIRO et al., 2016).

Como pontos fortes do estudo destacam-se a amostra representativa para prevalência de IA nos usuários do RP de Joinville-SC, por ser uma das poucas pesquisas que identifica a prevalência e os fatores associados à IA em RP no município de Joinville (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORREA, 2008; GUERRA, 2011; GODOY et al., 2014; SPERANDIO; PRIORE, 2015; MONTEIRO et al., 2016).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 233 pessoas, o que corresponde a uma taxa de resposta de 93,2% da amostra. Do total de pessoas entrevistadas, 12 não atenderam aos critérios inclusão e foram excluídas por não serem usuárias assíduas do RP, ou apresentarem informações sociodemográficas incompletas/duplicadas, não assinarem o TCLE, apresentarem deficiência intelectual, desistirem de participar da pesquisa ou ainda por viverem em situação de rua. Os usuários eram predominantemente do gênero masculino 53,6% (n=125), adultos 50,2% (n=117), com cor da pele branca 57,9% (n=135) e com mais de 8 anos de estudo 54,1% (n=126). Além disso, verificou-se que a maioria, 94,0% (n=219) dos entrevistados, viviam com até 4 pessoas no mesmo domicílio e nesses, o chefe da família era do gênero masculino 63,5% (n=148).

Ao analisar o estado nutricional obteve-se 2,1% (n=5) das pessoas com baixo peso, 36,9% (n=86) em eutrofia e a maioria, 60,9% (n=142) com excesso de peso. O excesso de peso prevaleceu em 64,1% (n=75) e 57,8% (n=67) dos adultos e idosos, respectivamente. Em relação a prevalência de IA, 13,3% (n=31) dos entrevistados estavam em IA grave, 17,1% (n=40) em

IA moderada e 37,8% (n=88) em IA leve. Assim, 68,2% (n=159) dos usuários apresentaram algum grau de insegurança.

O presente estudo constatou que a prevalência de IA foi mais frequente em mulheres 51,6% (n=82) e em idosos 50,9% (n=81), pessoas com cor de pele autorreferida branca 54,7% (n=87), que apresentavam excesso de peso 60,4% (n=96) e que haviam estudado mais de 8 anos 52,2% (n=83). Identificou-se ainda que a prevalência de IA teve maior frequência naqueles que moravam em domicílios com ≤4 pessoas 93,7% (n=149) e em residências chefiadas por homens com 56,0% (n=89).

Verificou-se, na análise estatística, que as variáveis que se apresentaram associadas a IA foram o gênero do entrevistado (p=0,019) e do chefe da família (p<0,001) e a escolaridade do entrevistado (p=0,021) conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Relação entre insegurança alimentar e variáveis independentes da pesquisa de prevalência e fatores associados a insegurança alimentar em usuários de um restaurante popular de Joinville, SC, 2016

Variáveis	Ausência IA		Presença IA		Valor p*
	N	%	N	%	
Estado nutricional					0,871
Baixo peso	2	2,7	3	1,9	
Eutrofia	26	35,1	60	37,7	
Excesso de peso	46	62,2	96	60,4	
Gênero					0,019 ¹
Feminino	26	35,1	82	51,6	
Masculino	48	64,9	77	48,4	
Cor da pele					0,144
Branca	48	64,9	87	54,7	
Não branca	26	35,1	72	45,3	
Escolaridade					0,021 ¹
≤4 anos	18	24,3	63	39,6	
>4 anos e <8 anos	13	17,6	13	8,2	
≥8 anos	43	58,1	83	52,2	
Número de moradores					0,791
≤4	70	94,6	149	93,7	
>4	4	5,4	10	6,3	
Gênero chefe da família					<0,001 ¹
Feminino	15	20,3	70	44,0	
Masculino	59	79,7	89	56,0	

Fonte: A autora, 2016

*Teste: qui quadrado

¹ Variáveis com significância estatística

A prevalência de IA de 68,2% encontrada no presente estudo é superior ao verificado em outras pesquisas nacionais, como no trabalho de Godoy et al. (2014), onde se identificou prevalência média de IA de 40,6% em 1637 usuários de RP de diversas regiões brasileiras, sendo que no sul a IA acometia 26,0%. Corroboram com esses achados os estudos conduzidos por Sobrinho et al. (2014) e Silva (2012), na qual as maiores prevalências de IA verificadas nos RP foram de 38,9% em Belo Horizonte e 41,8% no Rio

Grande do Sul, respectivamente. A IA é um fenômeno complexo, contínuo e multidimensional e segundo orientação do MDS, o RP tem como público-alvo pessoas em situação de IA, principalmente aquelas com pequeno orçamento familiar. Assim, a elevada prevalência ratifica a situação de vulnerabilidade social dessas famílias que necessitam de maior investimento e evidencia que o RP de Joinville está atingindo o público-alvo desejado. Segundo Kepple e Segall-Correa (2011), a situação de IA pode afetar a saúde tanto por questões ligadas à exclusão social, perda de autoestima, estresse e o sofrimento emocional que acarretam quanto pelo comprometimento do estado nutricional 33 propriamente dito, este último, como fator frequentemente associado à SAN por ser consequência potencial da mesma (BRASIL, 2004; SEGALL-CORREA, 2007; ONU, 2015).

Apesar do estado nutricional não estar associado estatisticamente à IA no presente trabalho, deve-se destacar a elevada prevalência de pessoas com sobrepeso/obesidade (60,9%). Trabalho conduzido por Godoy et al. (2014) corrobora com este resultado, onde identificou a prevalência de 49,8% de excesso de peso em usuários de RP no Brasil. Neste mesmo estudo a prevalência de excesso de peso foi identificada em todas as regiões do país e indicou uma maior velocidade de aumento de excesso de peso nas classes econômicas menos favorecidas. Este fato pode ser explicado pelo maior acesso a informação sobre padrões dietéticos e hábitos de vida mais saudáveis nas populações de maior poder aquisitivo. Assim, embora o presente estudo não tenha avaliado diretamente a condição socioeconômica dos usuários, cabe ressaltar que 93,3% dos habitantes do bairro em que o RP fica localizado recebem até três salários-mínimos, tendo como média mensal per capita 1,58 salários-mínimos, caracterizando-se como uma população de baixa renda (SILVA et al., 2008; MARCHIONI; FISBERG in CUPPARI, 2009; GUEDES et al., 2010; SANTOS, GIGANTE, DOMINGUES, 2010; GODOY et al., 2014; IPPUJ, 2015; MONTEIRO et al., 2016).

Vale salientar que, apesar da cautela necessária para fazer a comparação, estudo realizado por Valásquez-Melendez et al (2011) com 10.226 mulheres adultas do Brasil verificou também maior prevalência obesidade (49,0%) entre as mulheres que vivem em domicílios em IA e a nível nacional os resultados seguem a mesma tendência onde, segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco para Proteção de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2014 52,5% da população apresentava sobrepeso ou obesidade. Assim, esses achados preocupam considerando que o sobrepeso/obesidade afetam a saúde e são importantes fatores de risco para alterações metabólicas e o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as quais são responsáveis por 72% das mortes por causas conhecidas no Brasil (MARCHIONI; FISBERG in CUPPARI, 2009; BRASIL, 2014).

Ser do gênero feminino e/ou ter domicílio chefiado por mulheres associou-se estatisticamente à IA na população estudada e este resultado está de acordo com o encontrado por Godoy et al. (2014) em usuários de RP. Marin-Leon et al. (2011) também verificou a mesma associação em domicílio

chefiado por mulheres em uma amostra de 51.357 pessoas. Um estudo recente realizado por Saboia e Santos (2015) com 323 famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, também verificou associação em não ser o pai o chefe da família e possuir IA. Em contrapartida, no estudo realizado por Sobrinho et al. (2014) em usuários de RP de Minas Gerais, o usuário do gênero masculino que teve estatisticamente mais chances de 34 IA. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) são percebidas situações de maior vulnerabilidade nos domicílios chefiados por mulheres, em especial, por mulheres negras, quando comparados aos domicílios chefiados por homens. Os dados de rendimento, por exemplo, mostram que a renda domiciliar per capita média de uma família chefiada por um homem branco é de R\$ 997,00 e a renda média em uma família chefiada por uma mulher negra é de apenas de R\$ 491,00. Do mesmo modo, enquanto 69% das famílias chefiadas por mulheres negras ganham até um salário-mínimo, esse percentual cai para 41% quando se trata de famílias chefiadas por homens brancos. Salienta-se que, trabalhando na mesma carga horária e exercendo a mesma função, o salário da mulher é, em média, 30% menor quando comparado ao do homem e esse menor rendimento apontado pelas pesquisas pode conferir as mulheres maior risco de IA (IPEA et al., 2011; BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, esse trabalho avaliou a cor da pele como uma variável *proxy* de nível socioeconômico, porém não se observou associação estatisticamente significativa. A ausência desta associação pode ser explicada pelo predomínio de indivíduos com cor de pele branca na amostra. Entretanto, no estudo realizado por Peixoto et al (2014) com 356 domicílios da área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Itumbiara, Goiás a cor da pele autorreferida apresentou associação significativa com a IA, observando uma maior porcentagem de IA em pardos (60,8%), quando comparados aos brancos (41,9%). Com relação a cor da pele da pessoa de referência, a PNAD de 2013 revelou que os domicílios brasileiros cujo chefe era da cor preta ou parda registraram prevalências de IA maiores em todas as suas dimensões quando comparado aos domicílios chefiados por pessoa de cor branca (IBGE, 2014).

No que se refere a escolaridade, nesse trabalho verificou-se associação estatística entre os anos de estudo e a presença de IA. Especificamente em usuários de RP, Godoy et al (2014) verificaram que o menor grau de escolaridade esteve associado a maiores chances de IA enquanto Sobrinho et al. (2014) não verificaram essa associação. De acordo com a PNAD de 2013, na população brasileira, quanto maior o nível de escolaridade dos moradores menor a prevalência de insegurança moderada ou grave. O nível de escolaridade dos indivíduos exerce influência sobre as oportunidades de emprego e salários, otimizando a utilização da renda e viabilizando o acesso aos bens e serviços essenciais à manutenção do estado de saúde, tais como alimentação e moradia, o que contribui para menor risco de IA (IBGE, 2014).

Não foi observado associação entre o número de moradores no

domicílio e IA, possivelmente devido a homogeneidade da amostra (94,0% viviam com até 4 pessoas no domicílio). Esse resultado vai de encontro ao verificado por Nobre et al. (2009) quando avaliado 28 famílias de uma comunidade rural no alto do Vale de Jequitinhonha em Minas Gerais. Em 35 contrapartida, Sobrinho et al. (2014) em análise aos usuários do RP identificou que quanto maior o número de pessoas em casa, maior a prevalência de IA domiciliar, sendo que essa relação se dá pela necessidade de mais recursos para compra de alimentos, fato que normalmente não acompanha o crescimento familiar e torna a alimentação menos segura na família (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010; ANSHAU; MATSUO; SEGALLCORREA, 2012; CABRAL et al., 2013; FERREIRA et al., 2014; PEIXEITO et al., 2014; PEDRAZA; GAMA, 2015; SPERANDIO; PRIORE, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa pesquisa foi possível verificar a elevada prevalência de IA nos usuários de um RP de Joinville-SC e os fatores que estão associados a esta insegurança. Destaca-se que, além da elevada prevalência de IA identificou-se também grande número de usuários com excesso de peso.

A alimentação adequada é direito de todos e constitui-se no próprio direito a vida. Para que ocorra a inversão destes resultados é necessário que o acesso a alimentação adequada seja intensificado e fiscalizado por meio de políticas públicas que promovam as práticas alimentares saudáveis e garantam que esse acesso ocorra de modo regular e permanente aos usuários de RP bem como para a população em geral do município de Joinville e de todos os povos. Como exemplos, destacam-se a promoção da educação nutricional nas escolas e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a oferta de uma alimentação escolar equilibrada, a oferta de aulas práticas de culinária, o incentivo e o subsídio do governo para criação de hortas comunitárias, o incentivo fiscal para empresas privadas que ofereçam alternativas no âmbito da SAN, o apoio à agricultura familiar bem como a ampliação de restaurantes populares. Reforça-se a necessidade de ações para o público em geral, mas em especial voltadas para as mulheres, uma vez que o gênero feminino do entrevistado e do chefe de família estiveram associados à IA.

No entanto, para que essas ações sejam efetivas todos devem contribuir. A população em geral deve atuar monitorando e acompanhando o desenvolvimento das ações, bem como participando ativamente dos projetos implantados. O profissional nutricionista tem papel fundamental neste contexto como um agente de transformação e promotor de saúde, devendo compartilhar seus conhecimentos e desenvolver ações que objetivem a qualidade de vida da população. Nesse sentido, um maior número de profissionais desta área inseridos nas atividades diárias da UBS por meio da implantação do NASF é exemplo de uma importante ferramenta.

Sugere-se a realização de outros estudos, preferencialmente prospectivos, uma vez que a mensuração da prevalência de IA e dos fatores associados é de suma importância para o desenvolvimento de ações que visem a SAN, devendo estas serem direcionadas às áreas de maiores vulnerabilidades sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**: 2016-2019. Brasília, maio, 2016a.

_____. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**: 2012-2015. Brasília, ago, 2011.

_____. **Decreto nº 6.135**: Institui o Cadastramento Único para Programas Sociais do Governo Federal. Brasília, 2007. Disponível em: Acesso em: 10 de maio de 2016.

_____. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 18 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 01/04/2016.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>> Acesso em: 18 de out. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social de Combate à Fome. **Manual Programa Restaurante Popular**. Brasília, 2004

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. Disponível em: . Acessado em: 01 de maio de 2016.

CABRAL, M. J. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos avançados**, v. 27. 2013.

FERREIRA, H. S. et al. Prevalência e fatores associados à Insegurança

Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1533-1542. 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DE JOINVILLE - IPPUJ. **Joinville bairro a bairro 2015**. Prefeitura Municipal de Joinville, 2015 Disponível em: <<https://ippuj.joinville.sc.gov.br/arquivo/lista/codigo/598Vers%C3%A3o%2B2015.html>> Acesso em: 07 de abr. de 2016.

GODOY, K. C. et al. Perfil e situação de insegurança alimentar dos usuários dos Restaurantes Populares no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 30, p. 1239-1249, jun. 2014.

GUEDES, D. P. et al. Impacto de fatores sociodemográficos e comportamentais na prevalência de sobrepeso e obesidade de escolares. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 12, p. 221-231. 2010.

GUERRA, L. D. S. **Análise da insegurança alimentar e nutricional e fatores associados em domicílios com adolescentes de municípios da área de abrangência da BR 163 – Mato Grosso, Brasil**. 2011. 174 f. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado) – Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91984.pdf>> Acesso em: 29 de abril. 2016.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2004-2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf> Acesso em: 29 de abril. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA et al. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ª ed. Brasília: IPEA, 2011.

KEPPLE, A. W.; GUBERT, M. B.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Instrumentos de avaliação de segurança alimentar e nutricional in TADDEI, J. A. et al. **Nutrição em saúde pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 74-97.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 187-199, jan. 2011.

LIPSCHITZ D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prime Care**, v. 21, p. 55-67, 1994.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTOLELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**, Illinois: Human Kinetics Books, 1988.

MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Dieta, nutrição e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. In: CUPPARI, L. **Nutrição nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. São Paulo: Manole, 2009. p. 1 -25.

MARIN-LEON, L. et al. Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor da pele autorreferida e condição socioeconômica. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 14, p. 398-410, 2011.

MARÍN-LEON, L. et al. Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor de pele autorreferida e condição socioeconômica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, p. 398-410. 2011.

MONTEIRO, A. R. et al. Excesso de peso entre jovens de um município do semiárido brasileiro: estudo de base populacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1157- 1164, 2016.

MONTEIRO, F. et al. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p.1347-1357. 2014

NOBRE, L. N. et al. Segurança Alimentar em uma comunidade Rural no Alto do Vale do Jequitinhonha/Mg. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, p. 18-31. 2009.

OLIVEIRA, J. S. et al. Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semiárido do Nordeste. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 12, p. 413-23, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>> Acesso em: 10 nov. 2016.

PEDRAZA, D. F. Acceso a los alimentos como factor determinante de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. **Rev. costarric. salud pública**, San José, v. 14, n. 27, p. 77-86, Dez. 2005

PEDRAZA, D. F.; GAMA, J. S. F. A. Segurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos do município de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n. 4, p. 906-

917, out.-dez. 2015.

PEIXOTO, M. R. G. et al. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Imbituba, Goiás. **Revista Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v.23, jun. 2014.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORREA, A. M. Indicadores e medidas de insegurança alimentar. **Revista Nutr.**, v. 21, p. 15-26. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE - PMJ. **Restaurante popular de Joinville é modelo para cidade mineira**. 2015. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/noticia/9222+Restaurante+Popular+de+Joinville+%C3%A9+modelo+para+cidade+mineira++.html>> Acesso em: 17 de maio de 2016.

RECINE, E.; VASCONCELLOS, A. B. Políticas nacionais e o campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva: cenário atual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p. 73-79, 2011.

RIBEIRO, S. M. L. **Caracterização do estado nutricional de indivíduos portadores de deficiência motora praticantes de atividade física**. 2002. 174 f. Tese (doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SANTOS, J. V.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p.41-49, jan. 2010.

SANTOS, L. P.; GIGANTE, D. P. Relação entre insegurança alimentar e estado nutricional de crianças brasileiras menores de cinco anos. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 16, p. 984-994, 2013.

SEGALL-CORREA, A. M. et al. Aprimoramento da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar: recomendação EBIA com 14 itens. **Revista Nutrição**, v. 27, p.241-251, mar/abr. 2014.

SEGALL-CORREA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, p. 143-154. 2007.

SEGALL-CORREA, A. M.; MARÍN-LEON, L. A. Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, p. 1-19. 2009.

SILVA, D. E. **Restaurante popular**: uma forma de acesso à alimentação

adequada. 142f Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2012.

SILVA, K. S. et al. Associação entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 11, p. 159-168. 2008.

SOBRINHO, F. M. et al. Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 19, p.1601-1611. 2014.

SOUZA, N. N. et al. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Revista Epidemiologia Serviços Saúde**, v. 21, p. 655-662, out-dez. 2012.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Revista Epidemiologia Serviços Saúde**, v. 24, p. 739-748, out-dez. 2015.

URNAU, T. **Entrevista concedida pela Gerente Nutricional da ASANJ**. Joinville, 25 abr. 2016

VICENZI, K. et al. Insegurança alimentar e excesso de peso em escolares do primeiro ano do Ensino Fundamental da rede municipal de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 31, p. 1084-1094, mai. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1999.

_____. **Physical status**: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO, 1995.