



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**NUTRIÇÃO BACHARELADO**  
**NÚCLEO DE NUTRIÇÃO**

**ANA BEATRIZ DO NASCIMENTO SANTOS**

**EXCESSO DE PESO E INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PERNAMBUCANO**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**  
**NUTRIÇÃO BACHARELADO**  
**NÚCLEO DE NUTRIÇÃO**

**ANA BEATRIZ DO NASCIMENTO SANTOS**

**EXCESSO DE PESO E INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PERNAMBUCANO**

TCC apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Nutrição.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanessa Sá Leal

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2018**

Catálogo na Fonte  
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.  
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S237e Santos, Ana Beatriz do Nascimento  
Excesso de peso e insegurança alimentar e nutricional de mulheres em um município do sertão pernambucano/ Ana Beatriz do Nascimento Santos. - Vitória de Santo Antão, 2018.  
48 folhas; tab.

Orientadora: Vanessa Sá Leal.  
TCC (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2018.  
Inclui referências e anexos.

1. Obesidade - mulheres. 2. Saúde da mulher -Serra Talhada-PE. 3. Segurança alimentar. I. Leal, Vanessa Sá. (Orientadora). II. Título.

616.398 CDD (23.ed )

BIBCAV/UFPE-07/2019

ANA BEATRIZ DO NASCIMENTO SANTOS

**EXCESSO DE PESO E INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SERTÃO PERNAMBUCANO**

TCC apresentado ao Curso de Nutrição da  
Universidade Federal de Pernambuco, Centro  
Acadêmico de Vitória, como requisito para a  
obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Apresentado em: 20/ 12 /2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Vanessa Sá Leal (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dr. Juliana Souza Oliveira (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Nutricionista Niedja Maria da Silva Lima (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco

À minha família, por sua capacidade  
de sempre acreditar em mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por me guiar durante toda essa trajetória de vida.

Aos meus familiares por todo apoio e carinho, principalmente a minha mãe por sempre estar ao meu lado nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, Vanessa Leal, pois sem sua orientação não conseguiria concluir esse trabalho. Também por ser uma pessoa maravilhosa e uma profissional que me serve de inspiração. Obrigado por tudo Professora!

Àos amigos que formei durante este percurso, em especial: À Ana Paula Ferreira, Clara Schumann, Beatriz Santana, Paloma Leão, Thayna Maria, Brasiliano Carlos, Ana Beatriz Januário, Luana Queiroz e Mariana Gomes! Obrigada meninas por fazerem minha graduação ser mais alegre.

Obrigada a todos os Professores por todos ensinamentos positivos e negativos que me fizeram crescer e aprender bastante durante a graduação.

“Ou salvamos o mundo dando pão aos que têm fome, ou perecemos sob o peso do nosso ouro acumulado à custa da fome e da miséria de dois terços dos nossos semelhantes” (CASTRO, 1957).

## RESUMO

Nos últimos anos no Brasil, são observadas mudanças na qualidade e na quantidade da dieta. Modificações associadas ao estilo de vida, as condições econômicas, sociais e demográficas, conseqüentemente marcadas pela repercussão negativa na saúde e no estado nutricional da população. Sendo assim este trabalho objetiva conhecer a condição de Excesso de peso e Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) de mulheres em idade fértil do município de Serra Talhada, sertão de Pernambuco e verificar a associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. A avaliação antropométrica considerou o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência da cintura (CC), e a condição InSAN foi avaliada de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional (EBIA). Os dados sociodemográficos analisados incluíram: local de moradia, renda familiar, idade, cor de pele e escolaridade. Foram realizadas análises descritivas das variáveis mediante cálculo das distribuições de frequência e medidas de tendência central. Para associação da variável dependente (Insegurança Alimentar e Nutricional e excesso de peso) com as variáveis de exposição (antropométricas, socioeconômicas e demográficas), utilizou-se o teste do qui-quadrado com correção de Yates. Do presente estudo, participaram 115 mulheres, das quais 51,3 % tinha idade inferior a 30 anos, 38,9% nunca frequentaram a escola ou possuíam o ensino fundamental incompleto e 50,5% recebiam de 1 a 3 salários mínimos mensais. Quanto à condição de SAN, 66,7% das mulheres apresentava-se em Insegurança Alimentar e Nutricional, sendo 34,2, 28,1% e 4,4% de InSAN leve, moderada e grave, consecutivamente. De acordo com a avaliação antropométrica 63,6% das mulheres tinham excesso de ponderal, sendo 41,4% com sobrepeso e 22,2% de obesidade, de acordo com o IMC. O tratamento da água de beber foi a única variável que apresentou associação estatisticamente significativa com a condição de InSAN ( $p=0,05$ ). Já na associação com o excesso de peso, as variáveis idade e Circunferência da Cintura (CC) apresentaram significância estatística, com  $p=0,015$  e  $p= 0,001$  respectivamente. Nesse sentido os resultados retratam a necessidade de políticas e ações voltadas à redução da desigualdade social e de gênero que historicamente assola a população nordestina, nesse caso especificamente, o sertão do estado de Pernambuco.

Palavras-chave: Excesso de peso. Insegurança alimentar e nutricional. Mulheres. Nordeste. Sertão.

## ABSTRACT

Currently in Brazil, changes in the quality and quantity of the diet have been observed. Changes in lifestyle, economic, social and demographic conditions, consequently marked by negative repercussions on health and nutritional status of the population. This article aims to know the condition of Food and Nutritional Insecurity (FNI) and Excess weight of women of childbearing age in the municipality of Serra Talhada, Sertão of Pernambuco, and to verify the association with socioeconomic and demographic variables. The anthropometric evaluation considered the BMI and Waist Circumference (WC), and the FNI condition was evaluated according to the Brazilian Scale of Food and Nutritional Insecurity (BSFN). The socio-demographic data analyzed include: place of residence, family income, age, skin color and schooling. Descriptive analyzes of the variables were performed by calculating the frequency distributions and measures of central tendency. For the association of the dependent variable (Food and Nutritional Insecurity and overweight) with the exposure variables (anthropometric, socioeconomic and demographic), the chi-square test with Yates correction was used. Of the present study, 115 women participated, of which 51.3% were under 30 years old, 38.9% never attended school or had incomplete elementary education, and 50.5% received from 1 to 3 monthly minimum wages. Regarding the condition of SAN, 66.7% of the women presented in Food and Nutritional Insecurity, being 34.2, 28.1% and 4.4% of mild, moderate and severe FNI, consecutively. According to the anthropometric evaluation, 63.6% of the women were overweight, 41.4% were overweight and 22.2% were obese, according to BMI. The treatment of drinking water was the only variable that presented a statistically significant association with the FNI condition ( $p = 0.05$ ). In the association with overweight, the variables age and WC presented statistical significance, with  $p = 0.015$  and  $p = 0.001$ , respectively. In this sense, the results portray the need for policies and actions aimed at reducing the social and gender inequality that historically plagues the Northeastern population, in this case specifically, the backlands of the state of Pernambuco.

Keywords: Food and nutritional insecurity. Northeast. Overweight. Sertão. Women.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Caracterização demográfica, socioeconômica e antropométricas de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015

Tabela 2 - Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

Tabela 3 - Associação entre excesso de peso e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVOS .....	11
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 REVISÃO DE LITERATURA .....	13
4.1 Transição Alimentar e Nutricional em mulheres brasileiras .....	13
4.2 Condição de Saúde e Nutrição no sertão nordestino.....	14
4.3 Insegurança Alimentar e Nutricional das famílias do Brasil.....	15
4.4 Política Nacional de Alimentação e Nutricao e a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil	17
5 MATERIAIS E METÓDOS .....	20
6 RESULTADOS.....	22
7 DISCUSSÃO.....	29
8 CONCLUSÃO .....	32
REFERÊNCIAS .....	33
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética .....	36
ANEXO B- Questionários e formulários utilizados para a pesquisa e coleta de dados.....	38
ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é uma forma de promoção do direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, sendo este amparado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN (BRASIL,2007) e pela emenda constitucional n° 64, que inclui a alimentação entre os direitos sociais (BRASIL, 2010).

A prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave é três vezes maior no Nordeste do que no Sul do Brasil, em que alcança praticamente um em cada quatro domicílios com crianças menores de sete anos (FACCHINI et al., 2014). O perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país, por isso é importante analisar as características de cada região, quando se fala na INSAN em mulheres. Para investigar a presença de insegurança alimentar e nutricional nos domicílios, um dos instrumentos utilizados é a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que consiste em avaliar de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome (FACCHINI et al., 2014), englobando questões que vão identificar desde a angústia com a incerteza da oferta regular de comida (insegurança leve), até a experiência de não ter o que comer por todo um dia (insegurança grave) (KEPPLE,2011; SANTOS, 2010).

Mudanças no perfil alimentar e nutricional da população brasileira vêm sendo exploradas no processo da transição nutricional, em que, as mesmas caracterizam-se pela diminuição nas prevalências das carências nutricionais e aumento significativo do excesso ponderal (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Junto às mudanças na características do comportamento alimentar e da diminuição na prática de atividade física, a transição nutricional trouxe mudanças do perfil de saúde da população brasileira (SOUZA, 2010).

## 2 OBJETIVOS

### a. Objetivo Geral

- Avaliar o Excesso de Peso e a Insegurança Alimentar e Nutricional de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco.

### b. Objetivos Específicos

- Avaliar a prevalência de Excesso de Peso e Insegurança Alimentar e Nutricional entre as mulheres do município;
- Descrever as condições socioeconômicas e demográficas assim como avaliar o perfil antropométrico das mulheres;
- Verificar a associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional com as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas.
- Verificar a associação entre a condição de Excesso de peso com as variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas.

### 3 JUSTIFICATIVA

O sertão é caracterizado pelo clima semiárido, que ocorre em todos estados da região nordeste e no norte do estado de Minas Gerais, configurando uma extensa área historicamente relacionada a desastres naturais devido a períodos de estiagens e secas, sendo a última caracterizada por períodos sem chuva mais longos e de maior intensidade que a primeira, acarretando consequências econômicas e sociais mais severas. A seca mais recente está sendo considerada a pior os últimos 50 anos, com 1400 municípios afetados no Nordeste no ano de 2013 (CNM, 2013).

Os prejuízos econômicos e sociais são relacionados especialmente à redução dos níveis de água dos rios e ressecamento dos leitos de menor porte, comprometendo os reservatórios de água para uso pessoal e para as áreas produtivas, causando perdas nas lavouras e prejuízos a agricultura e pecuária, principais atividades econômicas da região. Tal situação tem alto potencial de comprometer a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população e, conseqüentemente, seu Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (FRANCESCHINI, 2003).

Pesquisas nacionais e estudos sobre o perfil nutricional brasileiro não têm particularizado a natureza e a gravidade da problemática da Insegurança Alimentar e Nutricional na Região do Sertão, considerada crítica do ponto de vista sociodemográfico, com especificidades que podem associar-se diretamente ao estado de saúde e nutrição de sua população. Ainda, considerando a região Nordeste, famílias com precárias condições socioeconômicas e sob a condição de insegurança alimentar tem a situação mais agravada quando chefiadas por mulheres (FACCHINI et al., 2014).

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Transição Alimentar e Nutricional em mulheres brasileiras**

Ao avaliar o contexto histórico da saúde no Brasil, observa-se que, mesmo diante de turbulências políticas, econômicas e sociais, grandes avanços foram alcançados, motivados pelo desenvolvimento tecnológico e industrial, pela progressiva globalização mundial, trazendo mudanças desde a estrutura familiar até o processo saúde/doença (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Diante dessas modificações, foi possível verificar o surgimento de transições demográfica, epidemiológica, alimentar e nutricional. Todas elas estão relacionadas entre si, e alcançam cada população em uma magnitude e intensidade diferente, tendo os aspectos econômicos e sociodemográficos como principais determinantes (SOUZA, 2010).

Geografia da Fome, escrito por Josué de Castro foi o trabalho pioneiro sobre a consolidação e sistematização das informações a respeito da situação alimentar e nutricional do Brasil. Josué de Castro considerou o Brasil regionalizado em quatro grandes espaços: dois de fome endêmica (a Amazônia e a zona da mata do Nordeste), um de fome epidêmica (o Nordeste semi-árido) e um de subnutrição ou de fome oculta (o centro-sul do Brasil). Ele considerou como áreas de fome as regiões onde mais da metade da população apresentava permanentemente (caráter endêmico) ou periodicamente (caráter epidêmico, comum nos ciclos de seca do Nordeste), evidências de alimentação insuficiente ou manifestações de deficiências e carências nutricionais (CASTRO, 1946).

O perfil alimentar e nutricional no Brasil como em outros países em desenvolvimento, passou por consideráveis transformações. Em que, são observadas variações na qualidade e na quantidade da dieta, associadas a mudanças no estilo de vida, nas condições econômicas, sociais e demográficas, o que gera uma repercussão negativa no perfil de saúde desses países (SOUZA, 2010). Mudanças nas características alimentares e nutricionais da população brasileira vêm sendo exploradas no processo da transição nutricional, em que, as mesmas caracterizam-se pela diminuição nas prevalências das carências nutricionais e aumento significativo do excesso ponderal (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Refutando às mudanças na características do comportamento alimentar e da gritante diminuição na prática de atividades físicas, a transição nutricional trouxe mudanças do perfil de saúde da população

brasileira, podendo ser observado o aumento das prevalências do sobrepeso e da obesidade como os principais legados desta transição (COUTINHO, 2008).

O excesso de peso é um preocupante problema de saúde pública e atinge vários países no mundo, sendo principalmente resultado de hábitos alimentares inadequados, estilo de vida sedentário, fatores hormonais e fatores genéticos (POPKIN et al, 2012). Segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiar – POF (2008-2009), com a população adulta, o excesso de peso estava exposto em aproximadamente metade dos homens e das mulheres. O diagnóstico de obesidade foi encontrado em 12,5% e 16,9% dos homens e mulheres respectivamente, o que correspondeu a cerca de um quarto do total de casos de excesso de peso no sexo masculino e a um terço no sexo feminino (BRASIL, 2010).

O excesso de peso é preponderante em mulheres adultas e pode interferir de forma direta na qualidade de vida da população feminina. A história reprodutiva da mulher é formada por fatores tais como idade da menarca, menopausa, gravidez, uso de contraceptivos e número de filhos o que pode acarretar em um ganho de peso excessivo nessa fase da vida (GONLÇALVES et al, 2018). Na literatura alguns autores apontam uma associação relevante entre excesso de peso e fatores como menarca antes dos 12 anos e uso de contraceptivos durante um longo período de tempo (CORREIA et al, 2011), embora, outros achados mostrem divergências nessas associações e que o número de filhos teria uma associação maior com a prevalência de excesso de peso em mulheres (FERREIRA, 2015).

#### **4.2 Condição de Saúde e Nutrição no sertão nordestino**

Nos últimos anos, o Brasil passou por várias de mudanças estruturais que o classificaram como um país emergente. Em 1988, o Congresso aprovou uma constituição em que a saúde passa a ser um direito. Nesse sentido foi criado o Sistema Único de saúde (SUS) com o objetivo de garantir cuidados de saúde universais e gratuitos para toda a população (MARINHO DE SOUZA, 2018). No SUS, ressalta-se ações e programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetiva reorientar o modelo de saúde para se ter uma abordagem integral, embasada na atenção primária, procurando assegurar acesso universal a toda a população brasileira. O SUS nesses anos vigentes proporcionou grandes avanços na cobertura assistencial, no acesso à atenção básica, por mais da metade da população, assim como no acesso aos medicamentos, vacinação, ações de promoção e prevenção (MACINKO et al,2007).

O processo saúde-doença com seu caráter dinâmico pode melhorar ou ser deteriorado em função das mudanças nos processos naturais ou sociais que define a sociedade, bem como pelas respostas compensatórias, que podem ser individuais como, por exemplo, a reação positiva face às adversidades e adaptação, ou coletivas como as políticas públicas que podem amenizar o sofrimento ou ir além e tocar nas estruturas sociais que geram as desigualdades (CASTELLANOS, 1997).

A seca é um dos principais desastres naturais no Brasil que vai gerar consequências na vida e na saúde da população do semiárido e sertão, causando condições de vulnerabilidade socioambiental. A escassez de água e de alimentos pode impactar sobre a saúde da população afetada, aumentando a morbidade. De acordo com Stanke et al, 2013, os principais efeitos agudos e crônicos da seca na saúde da população são: a desnutrição e deficiências nutricionais, devido à diminuição da disponibilidade de alimentos, aumento do risco de doenças transmissíveis, devido à desnutrição aguda, quantidade de água inadequada ou imprópria para o consumo, ausência de saneamento, e aumento da aglomeração entre as populações deslocadas, estresse psicossocial e de saúde mental, como os transtornos mentais, o aumento global de deslocamento da população e a interrupção dos serviços locais de saúde devido à falta de abastecimento de água e ou profissionais de saúde que são forçados a deixar áreas locais.

Segundo Sena et al, 2014, a partir das condições de vida que as comunidades e grupos populacionais que sofrem com episódios de seca apresentaram, foi possível verificar diversos fatores de risco para o comprometimento da saúde, tais como: ausência de abastecimento de água, água imprópria para o consumo, falta de acesso à trabalho e renda, redução na produção de alimentos, deslocamento populacional e interrupção nos serviços de saúde. O que acaba resultando em impactos agudos e crônicos na saúde, como por exemplo: doenças relacionadas à água; doenças respiratórias; distúrbios e estresse de saúde mental; doenças transmitidas por vetores, desnutrição e deficiência de micronutrientes (Stanke et al, 2013). Desta maneira a seca, traz consequências sociais e econômicas nas condições de vida, o que acarreta efeitos na saúde das populações e conseqüentemente nos perfis de morbidade e mortalidade, tornando assim a seca também um desastre social.

### **4.3 Insegurança Alimentar e Nutricional das famílias do Brasil**

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é uma forma de promoção do direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem

comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, sendo este amparado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN (BRASIL, 2007).

Junto a LOSAN foi instituído o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que tem dentro de suas responsabilidades o acompanhamento, monitoramento e avaliação da situação nutricional da população. E, ainda foi decretada em 2010 a emenda constitucional n° 64, que inclui a alimentação entre os direitos sociais (BRASIL, 2010)

Art. 6° da Constituição Federal: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 2010)

Entretanto, apesar do conceito de SAN instituir um direito humano fundamental, o número de pessoas com fome no mundo permanece inaceitavelmente alto, e, cerca de 15 % da população mundial se encontra em condições de escassez extrema de alimentos, de modo que esse mal ainda se encontra na lista dos dez maiores riscos à saúde, matando milhares de pessoas todos os anos (FAO, 2012).

Josué de Castro já trazia a fome como um problema mundial, onde ele cita que: “a fome é um fenômeno geograficamente universal, não havendo nenhum continente que escape à sua ação nefasta. Toda a terra dos homens tem sido também até hoje terra da fome” (CASTRO,1946).

Quando se traz a fome como um risco à saúde se deve também levar em conta os determinantes sociais e de saúde que estão presentes nesta população. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os mostra como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que vão ter uma ligação e influencia com a ocorrência de problemas de saúde e geradores de fatores de risco na população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A temática da SAN é constituída por dois componentes básicos: o componente alimentar, relacionado com a disponibilidade (produção, comercialização) e acesso (físico, financeiro) ao alimento; e o componente nutricional, que considera tanto os fatores envolvidos na determinação das práticas alimentares (disponibilidade local e acesso aos alimentos, cultura e hábitos alimentares) como os relacionados à sua utilização pelo organismo (qualidade e sanidade do alimento, sanidade do ambiente, estado nutricional e de saúde). O cenário brasileiro de Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) tem uma ligação direta com a falta de acesso à alimentação, fator este que depende da relação entre a renda e o preço dos

alimentos (NASCIMENTO, 2010). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009) apontou que cerca de 30% da população brasileira apresenta algum grau de insegurança alimentar, ou seja, tem o comprometido o acesso a qualidade ou a quantidade da alimentação diariamente. Esses dados mostram que apesar dos avanços observados na diminuição das desigualdades no Brasil, ainda é grande o número de pessoas que vivem em situação de INSAN.

A prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave baseada em estudos é três vezes maior no Nordeste em relação ao sul do país, em que alcança praticamente um em cada quatro domicílios com crianças menores de sete anos (FACCHINI et al., 2014). O perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país, por isso é importante analisar as características que cada região irá ter, quando se fala na INSAN em mulheres esse perfil vai ter total influencia na incidência e prevalência da mesma.

Para realizar compreensão da presença de insegurança alimentar e nutricional nos domicílios um dos instrumentos utilizados é a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que consiste em avaliar de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome (FACCHINI et al., 2014).

#### **4.4 Política Nacional de Alimentação e Nutricao e a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil**

A promoção da saúde vai muito além de escolhas e práticas individuais e não está somente relacionada às responsabilidades do setor saúde, passa a ser feita também através da garantia de condições sociais e econômicas que criem uma base favorável à adoção de estilos de vida saudável. A Organização Mundial da Saúde vem salientando a necessidade de que os países adotem a abordagem de Saúde em Todas as Políticas, na qual estabeleçam uma articulação entre todos os seus setores, para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade e a equidade, assim como melhorar as condições de saúde (OMS, 2013).

A alimentação é um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito pertencente a todas as pessoas. A promoção e garantia de uma alimentação adequada e saudável tem movido esforços de diferentes setores do governo brasileiro e também de organizações e movimentos da sociedade civil (ARRUDA,2012). O Brasil vem consolidando na última década a gestão intersetorial de políticas públicas que objetivam promover a SAN.

No final da década de 1990, em meio ao enfraquecimento do tema da SAN na agenda pública nacional, foi formulada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003). A homologação dessa política foi considerada um meio para garantir dentro do governo um espaço para a SAN, uma vez que o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), haviam sido extintos. Desta forma, sua legitimação foi uma conquista no que se refere as ações nesta área (PINHEIRO, 2008).

A primeira versão da PNAN teve como objetivo a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, foram descritos em seu texto algumas instituições e setores federais prioritários, assim como as principais medidas principais para a articulação com cada um deles, dessa forma, a PNAN insere na saúde o debate da SAN e traz para o contexto intersetorial a contribuição da saúde. (BRASIL, 2003).

O desenvolvimento da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que permitiu a produção sistemática de informações sobre a situação alimentar e nutricional da população brasileira, a partir da implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e de inquéritos nacionais, como as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) e a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). A construção da agenda de promoção da alimentação adequada e saudável e sua qualificação a partir da edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2008).

As inovações nos mecanismos de gestão e organização da atenção à saúde adotadas pelo SUS e as responsabilidades do setor saúde para promoção de SAN junto ao SISAN, conduziram o processo de revisão da PNAN, realizado entre os anos de 2010 e 2011. Este processo teve como desafio atualizar as diretrizes dessa política de forma a orientar a organização e qualificação das ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL,2010).

A nova versão da PNAN, aprovada em 2011, apresenta como objetivo a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012). Para alcançar o seu propósito, a PNAN traz um conjunto de diretrizes que guiaram a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição no SUS, que devem contribuir para a

formação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, sendo elas: Organização da Atenção Nutricional; Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; Vigilância Alimentar e Nutricional; Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição; Participação e Controle Social; Qualificação da Força de Trabalho; Controle e Regulação dos Alimentos; Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição; Cooperação e articulação para a SAN (BRASIL, 2012).

Um novo eixo legal institucionaliza os mecanismos de administração da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). A Lei Nº 11.346 de 15 de setembro de 2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), criou o SISAN, estabelecendo seus princípios, diretrizes, objetivos e composição, por meio do qual o poder público, com a participação da sociedade civil organizada, deverá formular e implementar políticas, planos, programas e ações com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2006). O SISAN tem por objetivos formular e implementar Políticas e Planos de Segurança Alimentar e Nutricional, estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, bem como promover o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional do País (BRASIL, 2006).

## 5 MATERIAIS E METÓDOS

O estudo faz parte de uma pesquisa transversal, de base domiciliar intitulada “Avaliação da segurança alimentar e nutricional em conglomerados urbanos e rurais afetados pela seca no sertão de Pernambuco”, uma parceria entre o Núcleo de Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória e o Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), realizada no período de julho a outubro de 2015.

Para a pesquisa de base, o plano amostral escolhido foi do tipo probabilístico e estratificado em três estágios assim caracterizados: Unidades primárias de seleção (municípios); Unidades secundárias de seleção (setores censitários); Unidades terciárias de seleção (domicílios). Para o sorteio dos municípios e setores censitários foi utilizada a lista de números randômicos do subprograma EPITABLE, do programa EPI-INFO, versão, 6.04. A base de dados foi composta pela listagem dos setores censitários feita pelo Censo Demográfico de 2010. Foram sorteados três municípios: Serra Talhada, Custódia e Belém do São Francisco. No caso da presente proposta foram utilizados os dados referentes ao município de Serra Talhada.

Para a avaliação antropométrica foram aferidas medidas de altura e massa corporal. Tais medições atenderam as recomendações da OMS, descritas a seguir. As mulheres foram pesadas descalça e indumentária mínima, em balança digital (Modelo TANITA – BF-683 w / UM028 3601), com capacidade de 150 kg e escala de 100 gramas. A altura foi medida com estadiômetro portátil (Alturaexata, Ltda) –milimetrado, com precisão de até (1mm) em toda a sua extensão. Foram colocadas em posição ereta, descalços, com membros superiores pendentes ao longo do corpo, os calcanhares, o dorso e a cabeça tocando a coluna de madeira. Serão estabelecidos os cálculos do índice de massa corporal (IMC), mediante razão entre as medidas de massa corporal expressa em quilogramas e estatura expressa em metros ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). De posse dos valores de IMC, foi identificado o estado nutricional classificado em quatro categorias, a partir de pontos de corte sugeridos pela OMS: baixo peso ( $< 18,5 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia ( $18,5 \text{ Kg}/\text{m}^2 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), sobrepeso ( $25 \text{ kg}/\text{m}^2 \leq \text{IMC} < 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) e obesidade ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) (WHO, 1995).

Os dados sociodemográficos analisados incluem: local de moradia, renda familiar, idade, cor de pele e escolaridade. Todos eles foram obtidos através da autoreferência pelas entrevistadas. A renda familiar per capita em salários mínimos foi classificada em três

categorias: (1) menor que 1 salário mínimo, (2) de 1 a 3 salários mínimos e (3) maior que 3 salários mínimos. A escolaridade classificada em quatro níveis: (1) nunca frequentou/fundamental 1 incompleto, (2) fundamental 1 completo/fundamental 2 incompleto ou completo/ensino médio incompleto, (3) Ensino médio completo/superior incompleto e (4) superior completo ou mais. A idade foi classificada sistematicamente em duas faixas etárias: (1) < 30 anos de idade e (2) >30 anos de idade. A cor da pele foi dividida em duas categorias: (1) branca/ amarela e (2) negra/parda. E o local de moradia categorizado em: (1) urbano e (2) rural.

Para a avaliação da condição de segurança alimentar das mulheres, foi aplicada a EBIA, composta por 14 perguntas, no caso de domicílios com algum morador menor de 18 anos, ou 8 perguntas, para famílias compostas só por maiores de 18 anos (SEGALL-CORRÊA, 2014) Todas as perguntas da escala referiram-se a um período recordatório de 90 dias que antecederam a entrevista. O questionário foi aplicado ao adulto morador e responsável pelo domicílio. A classificação na condição de segurança ou insegurança alimentar em seus diferentes graus (leve, moderada e grave) exige um critério de pontuação e pontos de corte diferentes, dado o número de respostas possíveis, de acordo com a composição etária no domicílio.

A digitação dos dados foi realizada em dupla entrada com posterior utilização do módulo Validate do software Epi Info, versão 6.04. Para o processamento e análise dos dados utilizou-se os pacotes estatísticos Epi Info versão 6.04 e SPSS versão 13.0. Para efeito de interpretação, o limite de erro tipo I foi de até 5% ( $p \leq 0,05$ ). Foram realizadas análises descritivas das variáveis mediante cálculo das distribuições de frequência e medidas de tendência central. Para associação das variáveis dependentes (Insegurança Alimentar e Nutricional e excesso de peso) com as variáveis de exposição (antropométricas, socioeconômicas e demográficas), utilizou-se o teste do quiquadrado com correção de Yates.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE sob número de parecer 897.655 e CAAE 38878814.9.0000.5208. As mulheres foram esclarecidas sobre todas as etapas da pesquisa e no caso de aceitação em participar foram convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 6 RESULTADOS

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, das 115 mulheres estudadas 51,3 % tinha idade inferior a 30 anos, 73,0% possuem a cor da pele negra ou parda e aproximadamente 70,0% são residentes da zona urbana da cidade de Serra Talhada. Em relação as variáveis socioeconômicas, 38,9% das entrevistadas nunca frequentaram a escola ou possuíam o ensino fundamental 2 incompleto, 50,5 % recebiam de 1 a 3 salários mínimos, e, 50,0% referiu a condição de trabalho “do lar”. Em relação às variáveis antropométricas, 63,6% das mulheres apresentaram excesso de peso, sendo 41,4% com sobrepeso e 22,2% de obesidade, de acordo com o IMC, e, segundo a Circunferência da Cintura (CC), 72,7% apresentam classificação de risco para doenças cardiovasculares (Tabela 1). Quanto à condição de SAN, 66,7% das mulheres apresentava-se em Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) (Tabela 1), sendo 34,2, 28,1% e 4,4% de INSAN leve, moderada e grave, consecutivamente (Dados não apresentados em Tabela).

**Tabela 1** Caracterização demográfica, socioeconômica e antropométrica de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015..

Variável	N (115)	%
<b>Idade</b>		
< 30 anos	59	51,3
> 30 anos	56	48,7
<b>Cor da Pele</b>		
Branco/Amarela	31	27,0
Negra/Parda	84	73,0
<b>Escolaridade*</b>		
Nunca frequentou/ Ensino Fundamental 2 Incompleto	44	38,9
Ensino Fundamental 2 Completo/ Ensino Médio Incompleto	27	23,9
Ensino Médio completo/ Superior Completo/ Superior Incompleto/ Sem informação	42	37,2
<b>Condição de Trabalho</b>		

Do lar	47	40,9
Empregado/Aposentado/Pensionista/ Benefício	37	32,1
Desempregado/Estudante	31	27,0
<b>Área de moradia</b>		
Urbana	80	69,6
Rural	35	30,4
<b>Regime de moradia</b>		
Própria	67	58,3
Alugada/cedida	48	41,7
<b>Fonte de abastecimento</b>		
Rede geral	79	68,7
Poço /Nascente/Cacimba	36	31,3
<b>Tratamento da água de beber</b>		
Fervida/filtrada/coada	35	30,4
Sem tratamento	48	41,7
Mineral	32	27,9
<b>Destino dos Dejetos</b>		
Rede geral	95	82,6
Fossa com tampa/ outros	20	17,4
<b>Destino do Lixo</b>		
Coletado	83	72,2
Queimado/ Terreno Baldio	32	27,8
<b>Total de Renda Recebida**</b>		
Menor que 1 salário mínimo	39	33,9
De 1 a 3 salários mínimos	58	50,5
Maior que 3 salários mínimos	15	15,6
<b>Programa bolsa família</b>		
Sim	68	59,1
Não	47	40,9
<b>IMC***</b>		
Eutrofia	36	36,4
Excesso de peso	63	63,6
<b>Circunferência da Cintura***</b>		

Sem risco	27	27,3
Com risco	72	72,7
<b>Condição de Segurança Alimentar e Nutricional</b>		
SAN	38	33,3
Insegurança Alimentar	76	66,7

\*Variável com N= 113 / \*\*Variável com N= 112 / \*\*\*Variável com N= 99

De acordo com a Tabela 2 verifica-se que entre as variáveis estudadas, o tratamento da água de beber foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com a InSAN ( $p=0,05$ ), entretanto cabe destacar que a fonte de abastecimento de água e o total da renda recebida apresentaram significância limítrofe, como valores de  $p=0,087$  e  $p=0,059$ , respectivamente (Tabela 2).

Com relação as demais variáveis investigadas, apesar de não observada associação estatística significativa, pôde-se observar que mulheres com idade inferior a 30 anos, que se auto declararam de cor negra/parda, que não frequentaram a escola e/ou não completaram o ensino fundamental e que não tinham acesso a condições de saneamento básico também apresentaram maior prevalência de InSAN (Tabela 2). Ainda, mulheres que apresentaram excesso de peso e elevação da circunferência da cintura também estavam nessa condição.

**Tabela 2** Associação entre a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015

Variáveis	SAN		INSAN		Valor de P
	N (38)	%	N (76)	%	
<b>Idade</b>					0,145
< 30 anos	16	27,1	43	72,9	
> 30 anos	22	40,0	33	60,0	
<b>Cor da Pele</b>					0,457
Branco/Amarela	12	38,7	19	61,3	
Negra/Parda	26	31,3	57	68,7	
<b>Escolaridade</b>					0,553
Nunca frequentou/ Ensino Fundamental 2 Incompleto	12	27,3	32	72,7	

Ensino Fundamental 2 Completo/ Ensino Médio Incompleto	8	30,8	18	69,2	
Ensino Médio completo/ Superior Completo/ Superior Incompleto/ Sem informação	16	38,1	26	61,9	
<b>Área de moradia</b>					0,114
Urbana	30	38,0	49	62,0	
Rural	8	22,9	27	77,1	
<b>Regime de moradia</b>					0,139
Própria	26	38,8	41	61,2	
Alugada/cedida	12	25,5	35	74,5	
<b>Fonte de abastecimento</b>					0,087
Rede geral	30	38,5	48	61,5	
Poço /Nascente/Cacimba	8	22,2	28	77,8	
<b>Tratamento da água de beber</b>					0,05
Fervida/filtrada/coada	6	17,1	29	82,9	
Sem tratamento	19	39,6	29	60,4	
Mineral	13	41,9	18	58,1	
<b>Destino dos Dejetos</b>					0,164
Rede geral	34	36,2	60	63,8	
Fossa com tampa/ outros	4	20	16	80,0	
<b>Destino do Lixo</b>					0,238
Coletado	30	36,6	52	63,4	
Queimado/ Terreno Baldio	8	25	24	75,0	
<b>Total de Renda Recebida</b>					0,059
Menor que 1 salário mínimo	9	23,1	30	76,9	
De 1 a 3 salários mínimos	19	33,3	38	66,7	
Maior que 3 salários mínimos	9	56,3	7	43,7	
<b>Programa Bolsa Família</b>					0,280
Sim	20	29,4	48	70,6	
Não	18	39,1	28	60,9	

<b>IMC</b>				0,636
Eutrofia	13	36,1	23	63,9
Sobrepeso	11	26,8	30	73,2
Obesidade	6	27,3	16	72,7
<b>Circunferência da Cintura</b>				0,372
Sem risco	10	37,0	17	63,0
Com risco	20	27,8	52	72,2

No que se refere a associação do excesso de peso com as variáveis demográficas e socioeconômicas, a idade e a circunferência da cintura apresentaram associação estatisticamente significativa com este agravo, sendo os valores de  $p$  de respectivamente  $0,015$  e  $0,001$ . Observando a associação com as outras variáveis estudadas, apesar de não detectada a associação estatística significativa, é possível notar que mulheres que se auto declararam de cor negra/parda, que não frequentaram a escola e/ou não completaram o ensino fundamental e, que moram em zona rural apresentaram maior prevalência de excesso de peso (Tabela 3). Ainda, mulheres que não beneficiárias do bolsa família também estiveram entre aquelas com maior prevalência de excesso de peso.

**Tabela 3.**

Associação entre excesso de peso e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas de mulheres residentes no município de Serra Talhada, Sertão de Pernambuco, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>Eutrofia</b>		<b>Excesso de Peso</b>		<b>Valor de P</b>
	<b>N (36)</b>	<b>%</b>	<b>N (63)</b>	<b>%</b>	
<b>Idade</b>					<b>0,015</b>
< 30 anos	24	48,0	26	52,0	
> 30 anos	12	24,5	37	75,5	
<b>Cor da Pele</b>					<b>0,600</b>
Branco/Amarela	8	32,0	17	68,0	
Negra/Parda	28	37,8	46	62,2	

<b>Escolaridade</b>					0,251
Nunca frequentou/ Ensino Fundamental 2 Incompleto	12	28,6	30	71,4	
Ensino Fundamental 2 Completo/ Ensino Médio Incompleto	8	36,4	14	63,6	
Ensino Médio completo/ Superior Completo/ Superior Incompleto/ Sem informação	16	47,1	18	52,9	
<b>Área de moradia</b>					0,539
Urbana	25	38,5	40	61,5	
Rural	11	32,4	23	67,6	
<b>Regime de moradia</b>					0,565
Própria	19	33,9	37	66,1	
Alugada/cedida	17	39,5	26	60,5	
<b>Fonte de abastecimento</b>					0,751
Rede geral	24	37,5	40	62,5	
Poço /Nascente/Cacimba	12	34,3	23	65,7	
<b>Tratamento da água de beber</b>					0,635
Fervida/filtrada/coada	11	35,5	20	64,5	
Sem tratamento	14	32,6	29	67,4	
Mineral	11	44,0	14	56,0	
<b>Destino dos Dejetos</b>					0,887
Rede geral	29	36,7	50	63,3	
Fossa com tampa/ outros	7	35,0	13	65,0	
<b>Destino do Lixo</b>					0,902
Coletado	25	36,8	43	63,2	
Queimado/ Terreno Baldio	11	35,5	20	64,5	

<b>Total de Renda Recebida</b>					0,945
Menor que 1 salário mínimo	13	39,4	20	60,6	
De 1 a 3 salários mínimos	19	35,8	34	64,2	
Maior que 3 salários mínimos	4	36,4	7	63,6	
<b>Programa Bolsa Família</b>					0,364
Sim	25	39,7	38	60,3	
Não	11	30,6	25	69,4	
<b>Condição de Segurança Alimentar e Nutricional</b>					0,342
SAN	13	43,3	17	56,7	
Insegurança Alimentar	23	33,3	46	66,7	
<b>Circunferência da Cintura</b>					<b>0,001</b>
Sem risco	24	88,9	3	11,1	
Com risco	12	16,7	60	83,3	

---

## 7 DISCUSSÃO

### **Condição de Insegurança Alimentar e Nutricional e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas**

Estudo de base populacional realizado no Nordeste do Brasil com a população adulta, mostra que a condição de Insegurança Alimentar e Nutricional esta presente em 54,2% dos domicílios investigados, sendo as prevalências de insegurança alimentar leve, modera e grave respectivamente 31,3%, 13,4%, e 9,5% (FACCHINI et al., 2014), demonstrando que no atual estudo as prevalências de INSAN são maiores do que as observadas no Brasil no ano de 2014, com destaque para o aumento de 12,5% na condição de INSAN na região de Serra Talhada.

Segundo Gubert (2012), as chances de predomínio de insegurança alimentar moderada ou grave são maiores em domicílios onde a cor da pele materna é preta ou parda e naqueles cujas mães apresentavam menor escolaridade. Nessa perspectiva, as associações realizadas aqui comprovam que as desigualdades étnicas e sociais influenciam na ocorrência da insegurança alimentar. Também foi demonstrado, que as condições socioeconômicas da população podem influenciar na prevalência de INSAN, a exemplo da renda total recebida pela família e se a mesma faz parte do Programa Bolsa Família (PBF). O impacto do PBF vem sendo evidenciado na condição de segurança alimentar e nutricional dos seus beneficiários, através do aumento ao acesso de alimentos em quantidade mais adequada e maior variedade, assim gerando uma melhora no estado nutricional dos indivíduos (COTTA, 2013).

Algumas populações tem a desigualdade social mais marcada, com o grau de pobreza bastante elevado em uma quantidade significativa, de modo que, apresentam maiores chances de insegurança alimentar moderada e grave, justificando-se pela ausência de acesso a terra, água tratada, bens e serviços públicos, condições dignas de moradia e falta do consumo de alimentos associado à INSAN (TRALDI, 2012; COTTA, 2013).

No presente trabalho a renda familiar foi uma das variáveis que se apresentou em situação de significância limítrofe na associação com a INSAN, resultados que são coesos aos trazidos pela PNAD (2013), onde foi demonstrado que quanto menor for o rendimento mensal domiciliar per capita, maior a proporção de domicílios com insegurança alimentar.

Outra variável que teve significância limítrofe, foi a fonte de abastecimento da água, em que, mulheres cuja água tinha origem de fontes não seguras, tais como poço, nascentes de rio e cacimba apresentavam maior prevalência de insegurança alimentar e nutricional. Ratificando a relação com a água, o tratamento da água de beber foi a única variável a apresentar significância estatística com a condição de INSAN, de modo a retratar o quão a água potável e de boa qualidade é um fator ligado diretamente ao estado de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008.)

De acordo com os resultados, em torno de 73,2% das mulheres com sobrepeso ou obesidade, encontram-se em INSAN, ratificando o quanto o excesso de peso parece estar inerente a esta condição. Estudo com mulheres brasileiras que vivem em domicílios com INSAN moderada mostra que o risco delas se encontrarem nessa situação é 49% maior quando comparadas as mulheres que residem em domicílios com SAN, sendo levado em consideração para esses achados a região geográfica do domicílio, renda familiar, cor da pele, escolaridade, estado civil e idade (SCHLÜSSEL et al, 2013).

Por outro lado, estudos que retratam a INSAN em outros países com baixa e média renda que se encontram em estágios iniciais da transição nutricional, como Trinidad e Tobago, Colômbia e Nigéria, a Insegurança alimentar grave está associada à desnutrição, e não à obesidade (ISANAKA et al, 2007) . No entanto, como o Brasil já se encontra em estágio mais adiantado na transição nutricional, onde o consumo alimentar está pautado nos ultraprocessados, alimentos ricos em açúcar, sal e pobre em frutas, legumes e verduras, os determinantes de obesidade parecem assemelhar-se aos determinantes da INSAN.

### **Excesso de peso e variáveis demográficas, socioeconômicas e antropométricas**

As mudanças de comportamento alimentar, redução na prática de atividade física e as mudanças do perfil de saúde da população vem se relacionando com o aumento das prevalências do sobrepeso e da obesidade no Brasil (SOUZA, 2010). Considerando o intervalo de tempo entre o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF-1975) e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN-1989), foi possível observar um incremento de 42% na condição de sobrepeso e de 70% na proporção de obesos, ambos para o sexo feminino. No presente estudo a magnitude do excesso de peso também apresenta-se alarmante (63,6%), sendo maior quando comparado a um estudo realizado com a população adulta de todo o estado de Pernambuco, cujo o problema do excesso de peso tinha uma prevalência de 51,9% (PINHO et al,2013).

A relação entre o ganho ponderal e a idade pode ser explicada, em parte, pela associação entre fatores como a diminuição do hormônio do crescimento, da taxa metabólica basal e do nível de atividade física (PINHO et al, 2013). Também, sabe-se que com o passar dos anos há redistribuição de gordura corporal o que acarreta um acúmulo maior de gordura visceral, enquanto a gordura subcutânea tende a diminuir nos membros. Essa disposição linear no aumento da prevalência da obesidade abdominal com o avanço das faixas de idade também fica evidenciada no presente estudo, onde as mulheres com mais de 3 décadas de vida apresentam maiores níveis de excesso ponderal (VASQUES et al, 2010; PINHO et al, 2013; GONLÇALVES et al, 2018)

A obesidade está associada a uma série de fatores de risco cardiovasculares por ter uma ligação forte com condições como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes mellitus (VASQUES et al, 2010). Em concordância com o presente estudo, onde a CC se encontra estatisticamente associada ao excesso de peso, e a grande maioria das mulheres estudadas encontram-se em situação de risco ou risco elevado para doenças cardiovasculares segundo esse parâmetro antropométrico.

A maioria dos estudos observados apontam os fatores socioeconômicos como decisivos para o desenvolvimento de obesidade, pois se faz forte correlação com a influencia deles no padrão alimentar e na realização de atividade física da população (WANDERLEY, 2010). Segundo Barbieri (2014), a obesidade surge como uma expressão da disparidade social presente no Brasil, assim como a desnutrição e outros problemas de carências nutricionais. Nesse mesmo estudo é mostrado que entre as mulheres somente aquelas com baixa escolaridade e com renda mensal familiar mais baixa que a média brasileira apresentaram uma maior prevalência de obesidade.

## 8 CONCLUSÃO

Quando pensamos em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), temos que levar em conta todos os aspectos envolvidos, sejam alimentares ou não, nisso implica conhecer a situação que a sociedade se encontra de uma forma completa, avaliando compromisso social respeito à vida e dignidade humana. Para que o conceito de SAN se torne realidade nessa população é preciso incorporá-lo como eixo estratégico de desenvolvimento.

Tendo em vista que as mulheres estudadas apresentaram elevados percentuais de Insegurança Alimentar e Nutricional e Excesso de ponderal, foi possível concluir que piores condições de saneamento básico, baixa renda mensal e presença de risco para doenças cardiovasculares estiveram presentes entre aquelas que viviam em INSAN e apresentavam excesso de peso. Esses resultados demonstram o cerceio ao Direito Humano a Alimentação e Nutrição Adequada e Saudável na completude de seu conceito, principalmente, dentre as famílias residentes no sertão nordestino, reafirmando a necessidade histórica de políticas e ações voltadas à redução da desigualdade social e de gênero nessa população.

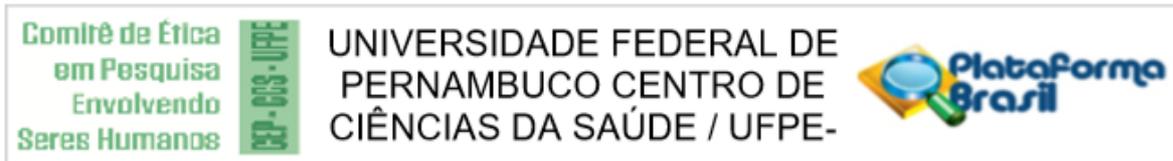
## REFERÊNCIAS

- ARRUDA BKG, ARRUDA IKG. Políticas de Alimentação e Nutrição no Brasil: breve enfoque dos delineamentos conceituais e propositivos. In: TADDEI, J.A.A.C et al. (orgs.) *Nutrição em Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Rubio; 2012. p. 397-410.
- BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S181-S191, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Fortaleza: CONAS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar (Consea). *O acesso e os usos da água no contexto da soberania e da Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: Consea; 2008.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 64. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2010.
- IBGE. *Pesquisa de orçamentos familiares – POF 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 130p.
- BRASIL. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006;
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição 2. ed. rev.* Brasília: MS; 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde *Documento-base de subsídio do Seminário Estadual de Alimentação e Nutrição no SUS* Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: MS; 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição* Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.; A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, p. 77-93, 2007.
- CASTELLANOS, PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (org) *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997
- CASTRO, JOSUÉ. *Geografia da fome: o dilema brasileiro: pão ou aço*. 10 ed. Rio de Janeiro: Antares, 1946.
- COTTA, R.M.M.; MACHADO, J.C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. Washington, v. 33, n. 1, p. 54–60, 2013.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Rio de Janeiro*, v. 24, supl. 2, p. s332-s340, 2008.

- CORREIA, L.L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, Jan. 2011.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *O caso de Pernambuco*. Disponível em: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br). Acesso em: 01 dez. 2018.
- FACCHINI, L.A. et al; Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 161-174, 2014.
- FERREIRA, R.A.B.; BENICIO, M.H.D. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 37, n. 4/5, p. 337-42, 2015.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. *Statistical yearbook 2012: world food and agriculture*. Rome: FAO, 2012.
- FRANCESCHINI, Thaís M. A. *O Programa Fome Zero no Brasil: uma análise crítica sob uma perspectiva dos direitos humanos*. 61f. 2003. Dissertação (Mestrado) Universidade de Essex, Centro de Direitos Humanos, Essex, 2003.
- GONÇALVES, D. F. et al. Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela estratégia saúde da família em juiz de fora, Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1367-1377, May 2014.
- GUBERT MB, SANTOS LMP. Determinantes da insegurança alimentar no Distrito Federal. *Ciências Saúde*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2014.
- IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.
- ISANAKA, S. et al. Food insecurity is highly prevalent and predicts underweight but not overweight in adults and school children from Bogota, Colombia. *J Nutr* Rockville-MD, v. 137, n. 12, p. 2747-55, 2007.
- KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p.187-199, 2011.
- MACINKO, J, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Science Med*, New York, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007.
- MARINHO DE SOUZA, M. F, Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1737-1750, June 2018.
- PELLEGRINI FILHO A. Compromisso com a ação. *Radis*, Rio de Janeiro, n. 47, p.12-14, 2006.
- PINHEIRO, Anelise Rizzolo de Oliveira; CARVALHO, Denise Bomtempo Birche de. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saude soc.*, São Paulo , v. 17, n. 2, p. 170-183, June 2008
- PINHO, Claudia Porto Sabino et al . Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 2, p. 313-324, Feb. 2013 .

- POPKIN, B.M; ADAIR, L.S. Now and then: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutrition Reviews*, Washington, v. 70, n. 1, p. 3-21, 2012..
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração de Helsinki sobre a Saúde em Todas as Políticas* 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, Helsinki, Finlândia, 2013. [acessado nov 24 2018] Disponível em:  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
- 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. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 26, n. 1, p. 41-49, Jan. 2010.
- SCHLÜSSEL, M.M. et al. Household food insecurity and excess weight/ obesity among Brazilian women and children: a life-course approach *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, io de Janeiro , v. 29, n. 2, p. 219-226, Feb. 2013.
- SEGALL-CORRÊA AM. Refinement of the brazilian household food insecurity measurement scale: recommendation for a 14-item EBIA. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 27, n. 2, p. 241–251, 2014
- STANKE, C; et al. Health Effects of Drought: a Systematic Review of the evidence. *Plos Current*, San Francisco, jun. n. 5, 2013.
- SOUZA EB. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores, *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda-RJ, n. 13, 2010.
- TRALDI, D.R.C.; ALMEIDA, L.L.M.C. Políticas públicas de transferência de renda e a questão da segurança alimentar dos beneficiários: efetividades e entraves do Programa Bolsa Família. *Política & Sociedades* Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 137-171, 2012.
- VASQUES, A.C.J. et al. Utilização de medidas antropométricas para avaliação do acúmulo de gordura visceral. *Rev Nutr*, Campinas , v. 23, n. 1, p. 107-118, Feb. 2010.
- WANDERLEY EN, FERREIRA VA. Obesidade: uma perspectiva plural. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, pp.185-194, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Disponível em:  
[http://archive.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4\\_suppl\\_2\\_final.pdf](http://archive.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_suppl_2_final.pdf)

## ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM CONGLOMERADOS URBANOS E RURAIS AFETADOS PELA SECA NO SERTÃO

**Pesquisador:** Vanessa Sá Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38878814.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Conselho Nacional de Desenvolvimento e Tecnologia

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 897.655

**Data da Relatoria:** 02/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo do pesquisador principal que é Prof.<sup>a</sup> do CAV/UFPE. Será avaliado se os domicílios do sertão de Pernambuco apresentam elevado percentual de insegurança alimentar e nutricional

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional no sertão do estado de Pernambuco.

Objetivo Secundário:

- Classificar os municípios sorteados para a pesquisa em sua situação de insegurança alimentar e nutricional;- Identificar a prevalência de insegurança alimentar em seus diferentes níveis nos domicílios do sertão;- Verificar a associação da insegurança alimentar a fatores socioeconômicos, alimentares, de produção agrícola e de participação em programas sociais; - Investigar as percepções e representações sociais de residentes do sertão sobre as dificuldades, alternativas e perspectivas de convivência com o semiárido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Bem descritos no projeto da plataforma e no TCLE.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 897.655

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será desenvolvido no sertão do estado de Pernambuco, uma das 27 unidades federativas do Brasil. O sertão pernambucano subdivide-se nas mesorregiões Sertão e São Francisco, representa 63,7% do território do estado, com uma população de 1.575.033 habitantes, segundo o censo de 2010, correspondendo a 17,9% da população estadual.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados em quantidade e qualidade.

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na PLATAFORMA BRASIL, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 03 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

**ANEXO B- Questionários e formulários utilizados para a pesquisa e coleta de dados**

**QUESTIONÁRIO DE SEGURANÇA ALIMENTAR**

QUEST				
1. Quantas refeições por dia são feitas na casa? Refeições principais ( )                      Lanches ( )	REF		LAN	
2. Aonde o Sr(a) compra a maior parte dos alimentos da família?  (1) Supermercado (2) Mercadinho (3) Quitanda/ venda (4) Feira/ mercado livre (5) Taberna/ bar/ bodega/ boteco (6) Outro: _____		COMPRAA		
3. Como a família consegue os alimentos para seu consumo?  (1) Compra (2) Produção própria (3) Recebe doações (4) Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz		COMOCOM		
4. Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o Sr(a) diria que é:  Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe/ não respondeu		QUALALM		
5. Em sua opinião, quais tipos de alimentos faltam para que a alimentação da sua família seja melhor? <i>Marcar até 3 opções</i>				
(1) Frutas (2) Verduras (3) Carnes (4) Feijão (5) Arroz (6) Macarrão		FALTALI1		
(7) logurte (8) Leite ou queijo (9) Biscoitos ou outros alimentos industrializados		FALTALI2		
(10) Todos (00) Nenhum (99) Não sabe/ não respondeu		FALTALI3		

ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
<b>** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?</b>		<b>MENOR 18</b>		
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?		SAN1		
2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		SAN2		
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		SAN3		
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.		SAN4		

Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código (2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA.						
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN5					
6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN6					
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?	SAN7					
8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?	SAN8					
<b>CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA</b>						
9. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN9					
10. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?	SAN10					
11. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN11					
12. (<18ª) Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	SAN12					
13. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN13					
14. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	SAN14					
<i>A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EBIA.</i>						
15. Vou ler alguns motivos que as pessoas usam como explicação por não ter a quantidade ou variedade de alimentos desejada. Após ler, gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se uma ou mais destas razões ocorre com sua família.						
		(1) Sim	(2) Não	(9) Não sabe		
1	Faltou dinheiro para a comida					
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado/ feira/ armazém/ venda				<b>VARIE</b>	
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				<b>DIFIC</b>	

4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				<b>TEMPO</b>	
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				<b>PRODUC</b>	
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				<b>DIVID</b>	
7	Faltou água para cozinhar				<b>AGUAC</b>	
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				<b>SEMGAS</b>	
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				<b>DOENTE</b>	
10	Estou/ estamos em dieta especial				<b>DIETA</b>	
11	Outro:				<b>OUTROM</b>	

**FORMULÁRIO: IDENTIFICAÇÃO**

1.	Nº do Questionário				
2.	Município _____				
3.	Setor Censitário				
4.	Situação: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural				
5.	Há quanto tempo a família vive neste município?				
	<input type="checkbox"/> 1    menos de 1 ano				
	<input type="checkbox"/> 2    1 a 5 anos				
	<input type="checkbox"/> 3    mais de 5 anos				
<b>(SE A RESPOSTA FOI "1" OU "2", SABER A PROCEDÊNCIA):</b>					
6.	Procedência				
	<input type="checkbox"/> 1    do mesmo município (área urbana)				
	<input type="checkbox"/> 2    do mesmo município (área rural)				
	<input type="checkbox"/> 3    de outro município (área urbana)				
	<input type="checkbox"/> 4    de outro município (área rural)				
	<input type="checkbox"/> 5    Não se aplica (a família vive no município há mais de 5 anos)				
Endereço _____					
Ponto de referência _____					
Telefone _____					
Nome do entrevistado _____					
Data da entrevista	____/____/2015			2	0
Entrevistador	_____			1	5
Supervisor de campo	_____				
				Total de formulários F	

## FORMULÁRIO - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA

## QUESTIONÁRIO

1	TOTAL DE PESSOAS:			NPES																									
2	TIPO DE MORADIA:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Casa</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Apartamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Quarto/Cômodo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Casa		4	Outro: _____	2	Apartamento				3	Quarto/Cômodo						TIPO										
1	Casa		4	Outro: _____																									
2	Apartamento																												
3	Quarto/Cômodo																												
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Própria, já paga</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 55%;">Própria, doada pelo governo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Própria, em aquisição</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Mora de favor/emprestada:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Cedida</td> <td></td> <td style="text-align: center;">7</td> <td>Invadida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Alugada</td> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Própria, já paga		5	Própria, doada pelo governo	2	Própria, em aquisição		6	Mora de favor/emprestada:	3	Cedida		7	Invadida	4	Alugada		8	Outro: _____			REGIME					
1	Própria, já paga		5	Própria, doada pelo governo																									
2	Própria, em aquisição		6	Mora de favor/emprestada:																									
3	Cedida		7	Invadida																									
4	Alugada		8	Outro: _____																									
4	PAREDES:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Alvenaria/Tijolo</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Tijolo + Outros</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Taipa</td> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Madeira/Lata/plástico/papelão</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Tijolo +Taipa</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Alvenaria/Tijolo		4	Tijolo + Outros	2	Taipa		5	Madeira/Lata/plástico/papelão	3	Tijolo +Taipa		6	Outro: _____			PAREDE										
1	Alvenaria/Tijolo		4	Tijolo + Outros																									
2	Taipa		5	Madeira/Lata/plástico/papelão																									
3	Tijolo +Taipa		6	Outro: _____																									
5	PISO:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Cerâmica/ Lajota/Taco</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Madeira</td> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Cimento + Cerâmica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Cimento</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Cerâmica/ Lajota/Taco		4	Terra (barro)	2	Madeira		5	Cimento + Cerâmica	3	Cimento		6	Outro: _____			PISO										
1	Cerâmica/ Lajota/Taco		4	Terra (barro)																									
2	Madeira		5	Cimento + Cerâmica																									
3	Cimento		6	Outro: _____																									
6	COBERTURA:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Laje de concreto</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 55%;">Telha de amianto (Tipo Brasilit)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Telha de barro</td> <td></td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Outro:</td> </tr> </table>	1	Laje de concreto		3	Telha de amianto (Tipo Brasilit)	2	Telha de barro		4	Outro:			TETO															
1	Laje de concreto		3	Telha de amianto (Tipo Brasilit)																									
2	Telha de barro		4	Outro:																									
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:																												
1	Com canalização interna	2	Com canalização até o quintal	3	Sem canalização	AGUA1																							
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Rede geral</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 55%;">Vizinho/parente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Poço /Nascente/Cacimba</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Chafariz</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Rede geral		5	Vizinho/parente	2	Poço /Nascente/Cacimba		6	Outro: _____	3	Chafariz				4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento						ÁGUA 2					
1	Rede geral		5	Vizinho/parente																									
2	Poço /Nascente/Cacimba		6	Outro: _____																									
3	Chafariz																												
4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento																												
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Fervida</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Filtrada</td> <td></td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Mineral</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Coada</td> <td></td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro:</td> </tr> </table>	1	Fervida		4	Sem tratamento	2	Filtrada		5	Mineral	3	Coada		6	Outro:			TRATA										
1	Fervida		4	Sem tratamento																									
2	Filtrada		5	Mineral																									
3	Coada		6	Outro:																									
9	DESTINO DOS DEJETOS:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Rede geral</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 55%;">Não Sabe</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Fossa com tampa</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Fossa rudimentar (sem tampa)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Cursos d'água</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Outro: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Rede geral		6	Não Sabe	2	Fossa com tampa				3	Fossa rudimentar (sem tampa)				4	Cursos d'água				5	Outro: _____						DEJETOS
1	Rede geral		6	Não Sabe																									
2	Fossa com tampa																												
3	Fossa rudimentar (sem tampa)																												
4	Cursos d'água																												
5	Outro: _____																												
10	DESTINO DO LIXO:																												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30%;">Coletado</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 55%;">Queimado</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Caçamba</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	1	Coletado		3	Queimado	5	Caçamba						LIXO															
1	Coletado		3	Queimado																									
5	Caçamba																												



1 Sim, comprovado     2 Sim, informado     3 Não     4 Não sabe

**Se não estiver inscrita no PBF, encerrar esta parte da entrevista**

31 Se sim, recebeu o benefício no último mês?

1 Sim     2 Não     Não sabe

INSCPBF

--

RECEBEU

--

32 Quando a família começou a receber o benefício do Bolsa Família

Mês e ano: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_     8888 Não recebe     9999 Não sabe

PBFQ

--	--	--	--

33 O que fez do dinheiro recebido no **último mês**? (marcar até 3 opções)

- |                            |                   |                            |                   |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ainda não recebeu | <input type="checkbox"/> 6 | Comprou roupas    |
| <input type="checkbox"/> 2 | Comprou alimentos | <input type="checkbox"/> 7 | Outro: _____      |
| <input type="checkbox"/> 3 | Pagou aluguel     | <input type="checkbox"/> 8 | Não recebeu ainda |
| <input type="checkbox"/> 4 | Pagou dívidas     | <input type="checkbox"/> 9 | Não sabe          |
| <input type="checkbox"/> 5 | Comprou remédios  |                            |                   |

DINHMES

--	--	--

34 Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a alimentação de vocês?

- |                            |                |                            |                            |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Melhorou muito | <input type="checkbox"/> 4 | Piorou                     |
| <input type="checkbox"/> 2 | Melhorou       | <input type="checkbox"/> 5 | Piorou muito               |
| <input type="checkbox"/> 3 | Continua igual | <input type="checkbox"/> 9 | Não sabe/não recebeu ainda |

DINHMES

--	--	--

35 Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, você diria que a vida de vocês?

- |                            |                |                            |                            |
|----------------------------|----------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Melhorou muito | <input type="checkbox"/> 4 | Piorou                     |
| <input type="checkbox"/> 2 | Melhorou       | <input type="checkbox"/> 5 | Piorou muito               |
| <input type="checkbox"/> 3 | Continua igual | <input type="checkbox"/> 9 | Não sabe/não recebeu ainda |

DINHMES

--	--	--

36 Por quê? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido o(a) Sr.(a) para participar, como voluntário(a), da pesquisa: *“Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados”*. Que está sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Israel Cabral de Lira. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, Departamento de Nutrição, Área de Nutrição em Saúde Pública – Cidade Universitária – Recife – PE, CEP; 50670-90, email: [lirapic@ufpe.br](mailto:lirapic@ufpe.br), telefone 3271-8001.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA**

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo com o objetivo de verificar a ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (diabetes mellitus, hipertensão arterial, sobrepeso/obesidade, dislipidemias), história e sequelas de infartos coronarianos e acidentes vasculares cerebrais e seus fatores associados, no Estado de Pernambuco.

Se você concordar em participar, serão realizadas as seguintes etapas:

- Você responderá a um questionário com informações sobre aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde, nutrição e alimentação;
- Você será submetido(a) a uma avaliação do estado nutricional, com verificação de peso, altura, medidas de cintura, quadril, braço e dobras cutâneas, aferição da pressão arterial e de 10ml coleta de sangue.

Os incômodos que poderá sentir com a participação na pesquisa são: ter que responder aos questionários para avaliação socioeconômica e demográfica e de frequência alimentar, aferição das suas medidas corporais e a coleta de sangue. Os questionários e a aferição das medidas corporais não trarão riscos à sua saúde física e mental, não necessitando contar com nenhum tipo de assistência. Caso você ache inaprop/riado alguma das questões que constam do questionário ou lhe produza sentimentos indesejáveis, poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Com relação à coleta de sangue, a mesma poderá ocasionar uma possível sensação de dor e todos os cuidados serão tomados para evitar infecção no local da

picada. Caso ocorra algum problema, haverá comunicação ao pesquisador e encaminhamento ao médico que fará o devido atendimento.

Os benefícios imediatos que você poderá esperar com a sua participação é o esclarecimento sobre sua situação de saúde, com os resultados do peso corporal, glicemia, colesterol e triglicerídeos. E caso necessário, encaminhamento para o acompanhamento clínico de eventuais problemas de saúde identificados.

As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa. A divulgação dos resultados será do conjunto dos participantes, e não dos dados individuais. Esses resultados servirão para auxiliar gestores e pesquisadores na avaliação da situação de saúde e nutrição da população e assim contribuir para a melhoria e/ou desenvolvimento de ações para promover saúde e qualidade de vida.

A sua participação é voluntária e você pode sair do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Sempre que tiver dúvidas, procure um dos membros da equipe de estudo para esclarecê-las.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br)**).

Assinatura do pesquisador

---

(Nome completo do pesquisador e CPF)

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF/\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Estado de Pernambuco: prevalência e fatores associados*”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante ou responsável: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura: