ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

ZIELI MARCOLINO DE MELO

IDENTIFICAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) DE FAMÍLIAS INSERIDAS EM NOVA CANAÃ, REGIÃO DE GRANDE FLEXAL, CARIACICA- ES

ZIELI MARCOLINO DE MELO

IDENTIFICAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) DE FAMÍLIAS INSERIDAS EM NOVA CANAÃ, REGIÃO DE GRANDE FLEXAL, CARIACICA- ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Maria Diana Cerqueira Sales

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP) EMESCAM – Biblioteca Central

Melo, Zieli Marcolino de.

M528i

Identificação de políticas públicas através da avaliação dos níveis de segurança alimentar e nutricional (SAN) de famílias inseridas em Nova Canaã, região de grande Flexal, Cariacica-ES. / Zieli Marcolino de Melo. - 2016.

124f.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Maria Diana Cerqueira Sales

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2016.

1. Segurança alimentar e nutricional. 2. Políticas públicas. 3. Política nacional de alimentação e nutrição. 4. Política nacional de segurança alimentar e nutricional. I. Sales, Maria Diana Cerqueira. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 342.7:612.3

ZIELI MARCOLINO DE MELO

IDENTIFICAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ATRAVÉS DA AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SAN) DE FAMÍLIAS INSERIDAS EM NOVA CANAÃ, REGIÃO DE GRANDE FLEXAL, CARIACICA- ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação *stricto sensu* em Políticas Pública e Desenvolvimento Local na Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM, como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Pública e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Diana Cerqueira Sales Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) Orientadora

Prof^a. Dr^a. Angela Maria Caulyt Santos da Silva Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória- EMESCAM

Broft Drd Déhora Dummor Moire

Prof⁰. Dr^a. Débora Dummer Meira Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus por sua fidelidade e por me conceder mais do que pedi ou pensei.

Agradeço a FAPES – Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Espírito Santo, que me concedeu a bolsa para realização deste Mestrado e a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, por sua contribuição em meu aprimoramento acadêmico e pessoal.

À professora Dr. Maria Diana Cerqueira Sales, exemplo de docente, minha orientadora, que me direcionou, me auxiliou durante esta fase e me concedeu a oportunidade de amadurecer como pesquisadora.

A professora Angela Maria Caulyt Santos da Silva, pela contribuição para este trabalho, desde a banca de qualificação.

À professora Débora Dummer Meira, por seu auxílio precioso nas revisões dos artigos e por sua contribuição neste trabalho.

Ao professor Álvaro Armando Carvalho de Morais, por trazer luz a este trabalho.

A minha querida amiga Fabrícia Villefort por seu apoio e por sua presença nas horas mais importantes. Seu companheirismo foi essencial neste período.

Aos meus pais que sempre me incentivaram e apoiaram e que neste período foram compreensivos com minhas intermináveis horas de estudo. Vocês são fundamentais para mim e minhas conquistas só são possíveis por tê-los como suporte.

A minha família de forma geral que sempre torceu e orou por mim. Muito Obrigada!

A minha amiga de todas as horas Michelle Brum por sua presença constante. E as minhas amigas Flávia de Almeida e Jakelayne Motta por estarem prontas a me escutar nos momentos mais necessários.

RESUMO

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é: "a garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais" (BRASIL, 2004). Este trabalho objetivou Identificar Políticas Públicas e avaliar níveis (In)Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de famílias inseridas em Cariacica- ES por meio de um estudo observacional, transversal quantitativo, exploratório, conduzido por meio de visitas aos representantes das famílias de crianças e adolescentes cadastrados no Projeto "Bom de Bola 10 na Escola", no bairro de Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica- ES. Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados aplicados durante visitas ao local, com os representantes das famílias, à pessoa adulta, preferencialmente o responsável pelo lar, ou com conhecimento das condições alimentares no domicílio; e por meio da aferição de medidas antropométricas do mesmo (peso e altura). Foram avaliadas 134 famílias das quais outros 90 domicílios encontravam-se (67,2%) em algum nível de Insegurança Alimentar, podendo observar que muitas famílias enfrentam o problema da insegurança alimentar. Os resultados encontrados neste trabalho revelaram que 1 (0,7%) indivíduo encontrava-se em baixo peso, 40 (29,9%) em eutrofia e 93 (69,4%) em excesso de peso. Os dados referentes ao consumo alimentar avaliado por meio do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) nos permitem observar que os indivíduos do presente estudo encontram-se aquém do recomendado pelas Referências de Ingestão Diária. Observa-se uma clara associação entre os níveis de (In)Segurança Alimentar e Nutricional e o número de indivíduos que trabalham no domicílio, renda domiciliar e renda per capita. Demonstrando que quanto mais indivíduos de uma residência trabalham, maior a renda gerada conduzindo a uma situação de segurança alimentar. Assim vêse a importância da geração de emprego e renda no combate à IAN. Explicitando que as Políticas Públicas votadas a Alimentação e Nutrição e a SAN devem priorizar ações que produzam geração de emprego e aumento de renda dos domicílios, no sentido de reduzir os níveis de fome e pobreza e minimizar os efeitos da Insegurança Alimentar e Nutricional.

Palavras-chave: Segurança alimentar e nutricional, políticas públicas, política nacional de alimentação e nutrição, política nacional de segurança alimentar e nutricional.

ABSTRACT

The concept of Food and Nutritional Security (SAN) is "to guarantee conditions of access to basic food safety and quality, in sufficient quantity, permanently and without compromising access to other essential needs" (BRAZIL, 2004). This study aimed to identify public policies and evaluate levels (In) Food and Nutrition Security (SAN) inserted families Cariacica- ES through an observational study, quantitative cross-sectional, exploratory, conducted through visits to representatives of children and families teens registered in the Project "Good Ball 10 School" in New Canaan neighborhood, Grande region Flexal, Cariacica- ES. Data were collected through structured questionnaires during site visits with representatives of the families, the adult, preferably responsible for the home, or with knowledge of the food conditions in the home; and through anthropometric measurements of the same (height and weight). 134 families were evaluated of which other 90 households-were (67.2%) at some level of food insecurity and can see that many families face the problem of food insecurity. The findings of this study revealed that 1 (0.7%) individual was in low weight, 40 (29.9%) eutrophic and 93 (69.4%) were overweight. The data relating to food consumption assessed by Food Frequency Questionnaire (FFQ) allow us to observe that individuals of this study are below the recommended daily intake for references. We observe a clear association between the levels of (In) Security and Nutrition and the number of individuals working in the household, household income and per capita income. Demonstrating that the more people a residence work, the higher the income generated leading to food security situation. So we see the importance of generating jobs and income in combating IAN. Explaining that the Public Policy voted on Food and Nutrition and the SAN should prioritize actions that produce generate employment and increase household income, to reduce the levels of hunger and poverty and minimize the effects of food insecurity and nutrition.

Keywords: food and nutrition security, public policy, national food and nutrition policy, national policy on food and nutrition security.

LISTA DE TABELA

Tabela1 -	Objetivos de Desenvolvimento da ONU para o Milênio	39
Tabela 2 -	Recomendação Calórica Média, Número de Porções Diárias e	
	valor Energético Médio das Porções, Segundo os Grupos de	
	Alimentos para Fins de Cálculo do % VET	52
Tabela 3 -	Perfil dos indivíduos	64
Tabela 4 -	Variáveis quantitativas: mínimo, máximo, média, moda e	
	mediana	65
Tabela 5 -	Níveis de (In)Segurança Alimentar	66
Tabela 6 -	Critério de Classificação Econômica	66
Tabela 7 -	Estado Nutricional	67
Tabela 8 -	Frequência de consumo alimentar de acordo com os grupos de	
	alimentos	67
Tabela 9 -	Associação entre os índices de (In)Segurança alimentar e	
	Nutricional e as variáveis quantitativas	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	200
2 OBJETIVOS	133
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	14
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E BASES LEGAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇ E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	-
3.1.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)	16
3.1.2 Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN)	21
3.1.3 Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)	22
3.2 FOME ZERO	24
3.3 MARCOS REFERENCIAIS NA TRAJETÓRIA DA SEGURANÇA ALIMEN ⁻ E NUTRICIONAL	
3.3.1 História do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional: Panorama Mundial	32
3.3.2 História do conceito da Segurança Alimentar e Nutricional: Panorama Nacional	38
3.3.3 A situação de (In) Segurança Alimentar da População Brasileira	42
3.4 ASPECTOS E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS	45
3.4.1 Alimentos Funcionais e Nutracêuticos	51
4 MATERIAIS E MÉTODOS	55
4.1 DEFINIÇÃO DAS ETAPAS	55
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	57
4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	57
4.3.1 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	57
4.3.2 Questionário de Perfil Econômico ABEP 2014	58
4.3.3 Questionário de Frequência Alimentar (QFA)	58
4.3.4 Avaliação Antropométrica	59
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	59
5. RESULTADOS	61
6 DISCUSSÃO	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	82

8. REFERÊNCIAS	83
APÊNDICE	105
APÊNDICE A - Carta de Anuência	105
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	106
ANEXOS	107
ANEXO A - Folha de Rosto	107
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP	108
ANEXO C - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	111
ANEXO D - Questionário de Perfil Econômico ABEP 2014	115
ANEXO E - Questionário de Frequência Alimentar (QFA)	121
ANEXO F - Submissão de Artigo revista Interface	122
ANEXO G - Submissão de Artigo revista Ciência e Saúde Coletiva	123
ANEXO H – Fotos	124

1 INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artigo 25°, diz que "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a si próprio e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica (...)" (ONU, 1948).

A Constituição Brasileira criada em 1988, teve uma emenda em 2010, em seu Artigo 6°, a qual coloca a alimentação como sendo um direito social, e desse modo é dever do Estado garantir que todos tenham acesso a ela (BRASIL, 1988; BRASIL, 2010 a). A garantia de uma alimentação saudável e suficiente, que assegure a ingestão de nutrientes em quantidades adequadas para a manutenção da qualidade de vida e da saúde do indivíduo, além de essencial é um direito constitucional.

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) está contemplado e consolidado no relatório do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), e incorporado na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) como: "a garantia de condições de acesso aos alimentos básicos, seguros e de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais" (BRASIL, 2004 a; NASCIMENTO; ANDRADE, 2010; ALBUQUERQUE, 2009).

Entretanto, apesar da alimentação adequada ser um direito, ainda é possível observar indivíduos e comunidades que vivem sem acesso a Segurança Alimentar e Nutricional. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2013, 14,7 milhões de domicílios no Brasil encontravam-se em algum grau de Insegurança Alimentar (IA), ou seja, possuíam apreensão com a possibilidade de haver qualquer restrição por causa da ausência de recursos financeiros para adquirir alimentos. Residindo nestes domicílios, 52 milhões de pessoas. Sendo que 9,6 milhões de domicílios revelaram-se em Insegurança Alimentar Leve, 3 milhões de domicílios foram classificados em Insegurança Alimentar Moderada e 2,1 milhões de domicílios encontravam-se em Insegurança Alimentar Grave (IBGE, 2014).

O conceito de Insegurança Alimentar é entendido como a preocupação e angústia frente à incerteza de ter regularmente alimento, até a real vivência de fome por não ter o que comer durante todo um dia, passando pela perda da qualidade nutritiva, a monotonia da dieta e a redução da quantidade de alimentos (MARÍN-LEÓN, *et. al.,* 2005). Esta, em sua forma moderada e grave, é mais incidente em famílias com maior número de membros, com baixa renda, com precárias condições de saneamento básico e cujos responsáveis e membros têm baixa escolaridade (PANIGASSI *et. al.*, 2008).

Segundo a PNAD quanto menor a renda familiar e o poder de compra, maior a correlação com a IA, ou seja, famílias em situação de vulnerabilidade social têm maior chance de apresentar IA. Assim também, os domicílios que tem pelo menos um morador menor de 18 anos de idade revelam prevalência de IA maior do que a verificada em domicílios onde só viviam adultos (IBGE, 2014).

Um estudo realizado com famílias de pré-escolares no Ceará relata que das 200 famílias estudadas, 176 famílias (88%) apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar e Nutricional. Já um estudo feito na Paraíba com famílias em vulnerabilidade social com membros menores de 5 anos demonstrarou que 59,9% das famílias estudadas estavam em situação de IA, sendo que 62,8% estavam em IA Leve, 19,6% em IA Moderada e 17,6% em IA Grave. Outro estudo desenvolvido com 501 famílias em Gameleira (PB) e 458 famílias em São João do Tigre (PE) observou que 89,2% das famílias de Gameleira encontravam-se em IA e 87,9% das famílias de São João do Tigre apresentam-se em IA; havendo uma predominância de insegurança alimentar nas famílias com adolescentes em ambas as regiões (AIRES et. al., 2012; PEDRAZA; SALES, 2014; OLIVEIRA et. al., 2009).

Os desafios impostos para o campo da nutrição no contexto da promoção da saúde são inúmeros (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). Novas investigações com a utilização de instrumentos para a determinação do padrão alimentar são recomendadas, a fim de verificar se os resultados são generalizáveis para populações de todo o país (BONOMO *et al.*, 2003).

Estas investigações seriam uma contribuição substancial, como no campo assistencial e motivador para crianças e jovens do Projeto "Bom de Bola 10 na Escola" localizado em Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica- ES, uma importante iniciativa da nossa comunidade, atuando nos bairros de Flexal I e II, Nova Canaã, Modelo e Santa Rosa, atende anualmente, de forma gratuita, cerca de 160 jovens, entre sete e dezessete anos, de ambos os sexos, oferecendo espaço para o desenvolvimento da cidadania. Este projeto parte de uma visão do esporte como uma atividade socioeducativa e cultural tendo o objetivo de mobilizar a comunidade para que conheça seus direitos e deveres, criando assim um sentimento de pertencimento, com foco nas crianças e adolescentes (IDESBRE, 2014).

Diante deste contexto, o presente estudo justifica-se pela importância em analisar os indicadores de Insegurança Alimentar para identificar políticas públicas relacionadas à prevalência de Insegurança Alimentar frente às condições de vida e para que, a partir do conhecimento, medidas de intervenção sejam planejadas e que sejam desenvolvidas e reavaliadas políticas públicas de combate à fome.

Além disto, este trabalho também servirá como produção científica e a partir daí como material para fundamentação teórica e os dados encontrados poderão ser relevantes para o Ministério da Saúde e para o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, que são os dois Ministérios mais intimamente ligados à questão da fome e da segurança alimentar de forma mais ampla. Desta forma, o estudo pretende identificar se há necessidade de reformulação ou aprimoramento das políticas de segurança alimentar e nutricional existentes.

Juntamente a isto, busca-se o desenvolvimento de metodologias e instrumentos que possibilitem a execução, o monitoramento e avaliação das ações das Políticas Públicas na área de Segurança Alimentar e Nutricional, utilizando para tal, as produções científicas vindas dos meios acadêmicos, como no caso da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), que são equipamentos de colaboração institucional técnico-científico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar Políticas Públicas e avaliar níveis de (In)Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de famílias inseridas em Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica-ES.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que contemplem a garantia constitucional de acesso a uma alimentação saudável como sendo um direito social;
- Caracterizar a situação socioeconômica das famílias inseridas no estudo;
- Determinar as prevalências de cada modalidade de Insegurança Alimentar, aplicando-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA);
- Avaliar o estado nutricional de um representante da família e os hábitos alimentares das famílias estudadas.

3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E BASES LEGAIS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O tema políticas públicas tem ganhado maior espaço em meio às discussões, sendo ampliado a partir dos anos 80, período em que se intensificaram os debates sobre novas maneiras de se gerir o orçamento público. Pois a partir desta época passouse a adotar políticas que minimizassem os gastos financeiros no setor público, buscando o equilíbrio orçamentário, principalmente nos países que enfrentaram recorrentes problemas inflacionários (SOUZA, 2006; FARAH, 2000).

Após este período passou-se a entender que as políticas públicas objetivavam a promoção do desenvolvimento econômico dos locais onde fossem implantadas e a criação de condições de inclusão a uma parcela significativa da população, que antes se encontrava sem possibilidade de acesso (SOUZA, 2006).

De acordo com Gelinski e Seibe (2008) "As políticas públicas são ações governamentais dirigidas a resolver determinadas necessidades públicas." Tendo como princípio, para sua elaboração as necessidades humanas, que após serem discutidas, e problematizadas são transformadas em direitos humanos para que sejam assegurados (PEREIRA, 2006). Assim, as políticas públicas e programas governamentais são formulados de acordo com as interações do governo com a sociedade (CARVALHO et. al., 2011).

Para Laswell (1958 apud SOUZA, 2006) as questões que permeiam as políticas públicas visam responder as interrogações sobre: quem ganha o quê, por quê, e qual a importância disso. Segundo SOUZA (2006) a toda teoria sobre política pública cabe revelar a correlação existente entre o Estado, a política, a economia e a sociedade, já que estas políticas refletem e influem no campo econômico e no meio social.

A criação das políticas públicas buscam sanar as necessidades apresentadas pela sociedade, principalmente da parcela social que se apresenta em situação de maior risco e vulnerabilidade social e com isso possui maior quantidade de demandas. As populações não possuem acesso igualitário aos direitos sociais, o que se deve as desigualdades econômicas, políticas e sociais (SOUZA, 2006).

De acordo com Elias e Scotson (2000) os grupos mais "poderosos" (estabelecidos) exercem o controle social sobre os grupos desfavorecidos (outsiders) impondo-lhes a condição de seres humanos de segunda classe, socialmente inferiores e com isso negando-lhes qualquer direito social.

As desigualdades sociais podem ser entendidas como a forma em que as riquezas e a renda são distribuídas entre os estratos sociais da população de cada país, e estas, são intensificadas pelo sistema capitalista de produção. Desta forma, o problema não se constituí apenas na necessidade de aumentar a produção de riqueza objetivando melhorarias das condições de vida da população, mas, na maneira em que a riqueza e a renda são distribuídas, de forma desigual, privando uma parcela de indivíduos deste acesso (RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011; YASBEK, 2004). Essas desigualdades levam à exclusão de uma parcela da população, que pode ser entendida como um modelo social que afasta progressivamente os ideais de igualdade, por meio da globalização econômica e cultural (SCHEINVAR, 2009).

Assim, é dever do Estado corrigir as desigualdades e a exclusão, garantindo a todos, incluindo a parcela menos favorecida econômica e socialmente da população, a universalização do acesso a seus direitos sociais. Para tanto, são estabelecidas as políticas públicas e sociais, buscando promover a cidadania, entendida como conjunto de direitos garantidos de forma progressiva aos indivíduos que compõem a sociedade, em âmbito civil, política e social (MARSHALL, 1967; RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011).

As políticas públicas podem ser classificadas como sociais, englobando as políticas de saúde, assistência, habitação, educação, emprego, renda ou previdência; podendo ser também políticas macroeconômicas, como as políticas fiscais,

monetárias, cambiais e industriais; ou outras políticas como as políticas científicas e tecnológicas, culturais, agrícolas e agrárias. Estas apresentam-se num ciclo no qual as políticas são estabelecidas, implementadas, acompanhadas e avaliadas, possibilitando seu aperfeiçoamento (GELINSKI; SEIBE, 2008).

Dentre as políticas públicas merecem destaque, pela sua ampla discussão, as Políticas voltadas à área da Alimentação e Nutrição.

3.1.1 Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi criada em 1999, como primeiro documento que lança luz sobre o tema da alimentação e nutrição no contexto nacional. Tendo a finalidade de articular a participação da sociedade civil e fundar diretrizes e conferir a implementação de programas. O PNAN objetiva o respeito, a promoção e a proteção do direito humano de acesso a saúde e a alimentação em todo território nacional (PINHEIRO, 2009; BRASIL, 2003, VIEIRA et. al., 2013).

A PNAN visa maneiras de promover práticas alimentares e hábitos de vida saudáveis, prevenir e controlar problemas de bases alimentares e nutricionais, garantir a qualidade dos alimentos de acesso a sociedade, estimular ações intersetoriais, e monitorar as condições nutricionais da população (VIEIRA *et. al.*, 2013).

Esta política, após dez anos de implantação passou por uma reformulação visando seu aprimoramento, por meio disto tornou-se um ponto referencial no enfrentamento das questões presentes no campo da alimentação e nutrição no que envolve o Sistema Único de Saúde (SUS) (DAB, 2015 a; SOUSA et. al., 2013).

No ano de 2011, por meio da Portaria 2.715, essa política foi atualizada, voltando sua atenção às diretrizes estabelecidas no SUS, unindo-se as outras ações de saúde que compõem as redes de atenção, priorizando a atenção básica como norteadora destas ações; seu enfoque passou a ser a vigilância, a promoção, a

prevenção e os cuidados integrais de agravos que tenham relação com a alimentação e a nutrição (BRASIL, 2012; RECINE; VASCONCELLOS, 2011).

Desta maneira, os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização e participação popular que constituem as bases doutrinárias do SUS, orientam também a PNAN. Esta tem como princípios: a alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde, o respeito à diversidade e à cultura alimentar, o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, a determinação social e a natureza interdisciplinar e intersetorial da alimentação e nutrição e a segurança alimentar e nutricional com soberania (BRASIL, 2012; ALVES; JAIME, 2014; CABRAL, 2014).

A figura abaixo esquematiza as 9 diretrizes que compõem o PNAN (DAB, 2015 b). De acordo com o Ministério da Saúde (2012): "As diretrizes que integram a PNAN indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população." (BRASIL, 2012).

5.Participação e 4.Gestão das **Controle Social** 6.Qualificação Ações de da Força de Alimentação e Trabalho Nutrição 7.Pesquisa, 3.Vigilância Inovação e Alimentar e Conhecimento em Nutricional Alimentação e Nutrição 2.Promoção da 1.Organização 8.Controle e Alimentação da Atenção Regulação dos Adequada e Nutricional **Alimentos** Saudável 9. Cooperação e Articulação para Segurança Alimentar e Nutricional

Figura 1: Diretrizes do PNAN.

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB, 2015 b)

A primeira diretriz refere-se à Organização da Atenção a Saúde, visando atender de forma mais eficaz as demandas geradas por pessoas acometidas por doenças ou agravos relacionados à má alimentação. Atendendo as necessidades distintas de

cada faixa etária, de cada indivíduo em sua particularidade e de cada grupo populacional específico. Assim, busca-se melhoria nas ações partindo do diagnóstico da condição alimentar e nutricional, passando pela vigilância alimentar e nutricional que conduz à identificação de prioridades de assistência aos indivíduos de cada território segundo os critérios de risco a vulnerabilidade destes e seu perfil alimentar e nutricional (BRASIL, 2012).

A segunda diretriz trata da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável formada por um conjunto de estratégias que objetivam o aumento da qualidade de vida, por meio de práticas alimentares que respeitem os aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos e coletividades e que utilizem o meio ambiente de forma sustentável. Dentre estas estratégias está a educação alimentar e nutricional, a regulação de alimentos e o apoio à criação de ambientes institucionais que incentivem alimentação adequada e saudável. Esta diretriz visa a redução dos problemas correlacionados à alimentação e nutrição como o sobrepeso e a obesidade e as doenças crônicas associadas, por meio de ações intersetoriais, assim compreendendo também a participação popular (BRASIL, 2012; CABRAL, 2014).

Como terceira diretriz da PNAN tem-se a Vigilância Alimentar e Nutricional constituída pela descrição periódica e pressuposição das condições alimentares e nutricionais da população e seus determinantes. Para tanto, reúne as ações de vigilância nos serviços de saúde e a junção de informações provenientes de sistemas de informação em saúde, os inquéritos populacionais, a produção científica e as chamadas nutricionais que são pesquisas transversais com datas específicas que geram estudos sobre alimentação e nutrição. Tendo como principal ferramenta o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) que é usado para a coleta de dados para monitoramento do padrão alimentar e estado nutricional dos indivíduos, os quais servirão para determinar as ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação e planejar a atenção nutricional (BRASIL, 2012; CABRAL, 2014).

A quarta diretriz é a Gestão de Alimentação e Nutrição define a criação de estratégias que gerem processos, procedimentos e fluxos de gestão de acordo com a situação organizacional, conduzindo a formulações, implementações e

monitoramento de ações alimentares e nutricionais. Estas ações devem englobar as esferas federais, estaduais, distritais e municipais e possibilitar parcerias e articulações interinstitucionais; o planejamento, o acompanhamento e a avaliação destas ações devem ser constantemente aperfeiçoados. Destaca-se que a PNAN possui relação de cooperação internacional, principalmente com os países do MERCOSUL, América Latina e Caribe, sem esquecer a presença das Nações Unidas (BRASIL, 2012).

Como quinta diretriz da PNAN está a Participação e Controle Social, que destaca a presença popular como imprescindível para a criação de ações e plano de saúde, já que a população é a maior conhecedora das necessidades sociais. Entende-se que a gestão da PNAN e da saúde deve ser descentralizada e intersetorial, envolvendo a participação de outros setores. A participação popular deve ser dotada de poder deliberativo e/ ou caráter consultivo, se expressando por meio de Conselhos e Conferências de Saúde em todas as esferas de governo, tendo como espaços para debates os fóruns, congressos e seminários e tendo suas discussões ampliadas pelas Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição (CIAN) e pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (BRASIL, 2012).

A sexta diretriz aborda a Qualificação da Força de Trabalho através do desenvolvimento de estratégias de qualificação dos profissionais envolvidos em saúde focando a atenção nutricional; oferecendo a eles: educação continuada, acesso aos direitos previdenciários e de trabalho, viabilização da formação e garantia da implantação de carreira. Os assuntos abordados devem ser de relevância para estes profissionais especificamente, produzindo a afirmação da autonomia dos mesmos. Uma ação que promove esta qualificação é a associação dos gestores com instituições de formação, visando a execução de projetos, extensões e pesquisas; assim também como as parcerias com os Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição (CECAN), que qualificam os profissionais de saúde com enfoque na Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012; VIEIRA et. al., 2013).

A sétima diretriz aborda a Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição que são maneiras de produzir instrumentos e evidências para a

implantação e aperfeiçoamento das ações da PNAN. Usando para isso os sistemas de informação de saúde e, principalmente, o SISVAN, e as pesquisas de bases populacionais nacionais e locais, que devem ser realizadas respeitando as divisões territoriais, étnicas, populacionais, entre outras divisões, possibilitando a identificação dos fenômenos sociais. Deve-se buscar o desenvolvimento de metodologias e instrumentos que possibilitem gerir, executar, monitorar e avaliar as ações da PNAN, para tal um dos meios são os Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN) que são equipamentos de colaboração interinstitucional técnico-científico (BRASIL, 2012; VIEIRA et. al., 2013).

A oitava diretriz define o Controle e Regulação dos Alimentos, pois a PNAN compreende que disponibilizar à população um alimento livre de contaminações biológicas e sanitárias e com qualidade nutricional e tecnológica, desde o início de sua produção até sua distribuição, é responsabilidade de todas as esferas governamentais e sociais. Para tanto deve haver controle das cadeias produtivas por meio da vigilância sanitária, monitoramento da publicidade e propaganda de alimentos que deve ser clara e objetiva, e a regulação da rotulagem nutricional dos alimentos para que seja fonte de informação aos consumidores (BRASIL, 2012; VIEIRA et. al., 2013).

E como última diretriz da PNAN tem-se a Cooperação e articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional englobando a reunião de forças intersetorias para a garantia da SAN, com articulação entre os diferentes setores governamentais e as instituições. Também inclui a inter-relação da PNAN com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e das outras políticas econômicas e sociais, além da interação com o SUS e o SISAN. Com ações voltadas para: evolução da saúde de famílias inseridas em programas de transferência de renda, articulação com atores que trabalham com produção agrícola, distribuição, abastecimento e comércio de alimentos, incentivo à alimentação saudável em ambientes institucionais, trabalho conjunto aos setores de educação e sócio-assistentes, e articulação com a vigilância sanitária (BRASIL, 2012).

3.1.2 Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN)

Foi instituída em 15 de setembro de 2006 a Lei nº 11.346, Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que estabelece a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (BRASIL, 2011; CUSTÓDIO et. al., 2013; SIQUEIRA et. al., 2011).

O SISAN é um sistema intersetorial público que unifica os esforços governamentais e civis objetivando promover a segurança alimentar e nutricional por meio da criação e implementação de políticas e planos na área, e fornecer o acesso de todos a uma alimentação adequada. Por meio da LOSAN delimita-se os caminhos no campo da segurança alimentar e nutricional, direcionados pelos princípios: da universalidade, da equidade, da autonomia, da participação social e da transparência (LEÃO; MALUF, 2012; COSTA; BÓGUS, 2012).

Este sistema promove o direito à alimentação de forma universal e respeitando a dignidade individual, por meio da criação de políticas e ações formuladas pela instância governamental e pela sociedade. Devendo enfocar suas ações desde a produção de alimentos de forma sustentável, a acessibilidade permanente da sociedade a esses alimentos, a promoção de práticas alimentares saudáveis, através de políticas sustentáveis tanto em âmbito econômico, social e ambiental (CUSTÓDIO, et. al., 2013; ROCHA et. al., 2012).

Como diretrizes, em seu artigo 9º, o SISAN estabelece: a promoção de políticas, programas e ações intersetoriais; a execução de ações de forma descentralizada; monitoramento do quadro de alimentação e nutrição; união de ações imediatas que assegurem a alimentação adequada e de ações que conduzam a população à autonomia de sua subsistência; articulação orçamentária e gestora; e promoção do desenvolvimento de pesquisa e qualificação de recursos humanos (BRASIL, 2006 a).

Em seu artigo 10º o SISAN releva seus principais objetivos sendo estes: a criação e implementação de políticas e planos voltados a segurança alimentar e nutricional, incentivo a integração de ações governamentais e sociais, promoção do

acompanhamento, monitoração e avaliação da segurança alimentar em território nacional (BRASIL, 2006 a; ALVES; JAIME, 2014).

Para a garantia de seu sucesso o SISAN deve ser integrado por diversas forças e instituições, de acordo com seu artigo 11º, sendo estas: a Conferência Nacional de Segurança Alimentar; o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) que é composta por Ministérios de Estado; os Órgãos e entidades de SAN da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; e as Instituições privadas (BRASIL, 2011; LEÃO; MALUF, 2012; ALVES; JAIME, 2014).

3.1.3 Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)

Outra política de grande relevância no campo da alimentação e nutrição é a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN). Esta foi instituída em agosto de 2010, pelo Decreto 7.272 que regulamenta a Lei nº 11.346, objetivando a promoção da segurança alimentar e nutricional e a garantia dos direitos humanos a alimentação adequada para toda população nacional (BRASIL, 2010 ^b; COSTA; BÓGUS, 2012). Sendo uma estratégia que busca articular as ações de segurança alimentar e nutricional, englobando os setores governamentais e suas instâncias e o controle social realizado pela população (SILVA, 2014).

A PNSAN é composta por 8 diretrizes, em seu artigo 3°, sendo elas: a promoção do acesso de todos à alimentação adequada e saudável; criação e manutenção de sistemas de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos, de forma sustentável e descentralizada; implementação permanentemente a ações de educação alimentar e nutricional e pesquisas neste campo; expansão das ações de segurança alimentar e nutricional a todas as comunidades tradicionais, incluindo as de quilombos, indígenas e as de assentamentos agrários; fortalecimento das ações de segurança alimentar e nutricional em todos os níveis de atenção á saúde; promoção do acesso de toda população a uma água de qualidade e em quantidade suficiente; apoio à promoção da soberania alimentar e nutricional, a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada, com alcance

internacional; e monitoração do acesso ao direito humano à alimentação adequada (BRASIL, 2010 b; RECINE; VASCONCELLOS, 2011; COSTA; BÓGUS, 2012).

Também no Decreto 7.272 estão instituídos os parâmetros para a formulação do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN) que busca definir metas e iniciativas para a promoção da segurança alimentar e nutricional, determinando a cada órgão e entidade governamental sua respectiva responsabilidade para a concretização das ações e programas voltados a PNSAN (ALVES; JAIME, 2014; CAISAN, 2011).

O PLANSAN é um instrumento de planejamento que define os objetivos, desafios, diretrizes, metas, tempo necessário e responsáveis pelas ações e programas voltados à Segurança Alimentar e Nutricional, pensando no uso dos recursos e orçamentos públicos disponíveis. Sendo uma ferramenta para realizar o planejamento, a gestão e a execução da PNSAN, definindo metas concretas para a realização da mesma, almejando materializar as diretrizes da política num determinado período, saindo do campo da discussão teórica, mas partindo para a prática, trabalhando de uma forma intersetorial (LEÃO; MALUF, 2012; CONSEA, 2011).

Neste Decreto, em seu Artigo 19º, ficam estabelecidos alguns deveres do PLANSAN, sendo estes: apresentar as análises da situação de segurança alimentar e nutricional em âmbito nacional; vigorar simultaneamente ao plano plurianual e ter duração de quatro anos; solidificar os programas e ações que buscam atender as diretrizes da PNSAN, definindo suas metas, prioridades e necessidades financeiras, definir as responsabilidades dos órgãos e entidades do governo que participam do SISAN e suas formas de integração e cooperação; inserir estratégias territoriais e intersetoriais focando as carências da população, priorizando as diversidades dos grupos em situação de vulnerabilidades social; determinar formas de monitoramento e avaliação; e a cada dois anos deverá ser revisado de acordo com as orientações da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN) e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) (BRASIL, 2010 b; CONSEA, 2011).

Já no Artigo 22º são definidas as temáticas que devem ser abordadas pelas políticas, programas e ações do PLANSAN, sendo estas: oferta de alimentos a pessoas em vulnerabilidade alimentar (estudantes, trabalhadores, etc); transferência direta de renda; atividades de educação voltadas à segurança alimentar e nutricional; auxílio a indivíduos com carências alimentares e nutricionais específicas; fomento da agricultura familiar e incentivo à produção urbana e periurbana; abastecimento e formação de estoque governamental com alimentos advindos da agricultura familiar; estruturas de controle de preços, garantindo preços mínimos para alimentos provenientes da agricultura familiar; acessibilidade a terra; uso e manejo sustentável da agrobiodiversidade, junto à sua conservação; práticas alimentares e nutricionais saudáveis; vigilância sanitária; água com qualidade para o consumo e uso na produção; presença de assistência e cooperação humanitária internacional e Sul-Sul, voltados à Segurança alimentar e nutricional; e garantia de segurança alimentar e nutricional para povos indígenas, quilombolas e povos e comunidades tradicionais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010 b).

O PLANSAN foi institucionalizado em 2011, com a vigência de 2012 a 2015, sendo um sistema de monitoramento da segurança alimentar e nutricional de maneira multidimensional, incorporado por mais de 40 programas e ações (FAO, 2014 ^a).

3.2 FOME ZERO

As principais ações e programas que buscam diminuir e erradicar a fome e a pobreza inseridas na PNAN e da PNSAN são concretizadas por meio da Estratégia Fome Zero, instituído em 2003, como sendo a principal estratégia do governo de orientação de políticas socioeconômicas e para o combate da fome e da miséria (SILVA et. al., 2010; RAMOS; CUERVO, 2012).

Carlos Alberto Libânio Christo, conhecido como Frei Beto, um dos principais criadores e líder da estratégia, militante em diversos movimentos sociais (FREIRE, 2013), define o Fome Zero como sendo: 'uma política de inserção social, para a qual, mais importante do que distribuir alimentos, é gerar renda, trabalho, resgatar a

auto-estima e a cidadania. Ações emergenciais não ficam descartadas, até porque "a fome não pode esperar" (FREI BETO, 2003).

De acordo com José Graziano da Silva, principal coordenador do Fome Zero em 2003, o programa estava sendo criado para atuar contra a fome e a exclusão social, por meio da expansão de programas já existentes, articulando com o setor produtivo (SUPLICY, 2003). O Fome Zero foi criado como um Programa que se converte posteriormente em Estratégia, sendo incorporada como eixo articulador do discurso ministerial (PAES-SOUSA, 2013).

A inspiração para o Fome Zero foi o programa norte-americano *Food Stamp*, que surgiu após a década de 30, buscando auxiliar a população com baixas condições econômicas a terem acesso à alimentação, por meio da distribuição de cupons que davam acesso a alimentos. No ano de 1960, o então presidente Kenneddy, converte o programa de ajuda em um programa federal no qual, os beneficiários pagavam um valor proporcional a seus recursos financeiros, pelo selo. E no final da década de 90, cerca de 20 milhões de pessoas já haviam sido beneficiadas, mostrando os bons resultados do programa. (TREVISANI *et. al.*, 2012; BELIK, 2012).

O Fome Zero foi arquitetado entre os anos de 2000 e 2001, pela ONG "Instituto da Cidadania", que na época era dirigida pelo futuro presidente Lula, este quando assumiu a presidência da república trouxe o programa como seu carro chefe de governo (FERREIRA VINHAS, 2010; MONTEIRO; SCHMIDT, 2014). Entretanto, antes de sua efetiva implantação, foi pensado, planejado e discutido por anos, contando com a participação integrada: de especialistas na área da segurança alimentar; das esferas governamentais, com as diversas políticas públicas já existentes e com uma articulação interministerial; e da sociedade civil (MÜLLER et. al., 2012; SILVA et. al., 2014; VIEIRA MELO; PAESE, 2013).

Em 2003, no ano de sua criação, o Fome Zero era administrado pelo Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (MESA), posteriormente em 2004, quando este Ministério foi extinto e a tarefa de gerir o Fome Zero passou a ser do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) (SILVA et. al., 2014; VIEIRA MELO; PAESE, 2013).

O Fome Zero foi estruturado por meio da articulação de políticas, programas e ações já existentes, o que o diferencia dos outros programas anteriores que apresentavam sua atuação de forma isolada (OLIVEIRA *et. al.,* 2014; BELIK, 2012). Além disso, apesar do Fome Zero ser gerido pelo MDS, ele integra a ação de diversos ministérios; destaca-se em sua implantação os ministérios: de Desenvolvimento Agrário; de Meio Ambiente; de Saúde; de Cidades; de Ciência e Tecnologia; de Comunicações; de Desenvolvimento, de Indústria e Comércio Exterior; de Justiça; de Minas e Energia; de Trabalho e o Ministério de Turismo (D'ÁVILA; SILVA, 2011; VIEIRA MELO; PAESE, 2013). Este também integra o trabalho de todas as esferas governamentais (municipais, estaduais e federal) e inclui a participação da sociedade civil (VIEIRA MELO; PAESE, 2013).

O objetivo principal do Fome Zero é o combate à fome, à miséria e à exclusão social. Sua proposta era oferecer à população acesso a alimentação adequada promovendo a cidadania e acesso a direitos, visando a promoção e a ação efetiva das políticas de alimentação e de Segurança Alimentar e fortalecendo esta discussão na pauta pública (FERREIRA VINHAS, 2010; GRANDO; FERREIRA, 2013, TREVISANI et. al., 2012). Seu foco se dá sobre a população de baixa renda que possui maior dificuldade de acesso aos alimentos, assim, criou-se uma rede de promoção e proteção social, objetivando não apenas a Segurança alimentar, mas também a assistência social e a transferência de renda, buscando a inclusão social (SOUZA, 2013; OLIVEIRA et. al., 2014; D'ÁVILA; SILVA, 2011).

A proposta do Fome Zero apresenta três níveis de ação: as políticas estruturais, as políticas emergenciais ou específicas, e as políticas locais. As políticas estruturais são destinadas à modificação das condições de vida dos indivíduos através de alterações e melhorias nos níveis econômicos, distribuição de renda e mercado de trabalho, combatendo as causas da fome e da pobreza. As políticas emergenciais ou específicas buscam evitar, de forma imediata, a carência de alimentos priorizando a população de baixa renda, por meio de ações que aumentem a oferta de alimentos e o acesso da população a eles. E as políticas locais desenvolvem-se por meio de análise das condições particulares de cada região, contando com a participação das administrações locais (governos estaduais e municipais) e população civil para a

definição das ações (MÜLLER et. al., 2012; MONTEIRO; SCHMIDT, 2014; BELIK, 2012).

O Fome Zero é composto por diversas ações e programas, dentre os mais focados na promoção de Segurança Alimentar destacam-se: a construção de Restaurantes Populares, fomento a Cozinhas Comunitárias, formação de Banco de Alimentos, Programa de Aquisição de Alimentos, incentivo à Agricultura Urbana, à promoção de Educação Alimentar e Nutricional, construção de Cisternas, incentivo a Unidades de Beneficiamento e Processamento Familiar/Agroalimentar, Distribuição de Cestas de Alimentos a Grupos Específicos, dentre outros (NUNES; ANDRADE, 2013; VIEIRA MELO; PAESE, 2013).

Essas ações e programas são divididas em quatro eixos que se articulam e agem de forma conjunta buscando o mesmo objetivo, sendo estes: Ampliação do Acesso aos Alimentos (Eixo 1), Fortalecimento da Agricultura Familiar (Eixo 2), Promoção de Geração de Renda (Eixo 3) e Articulação, Mobilização e Controle Social (Eixo 4) (MONTEIRO; SCHMIDT, 2014; SILVA et. al., 2014; RAMOS; CUERVO, 2012).

Figura 2: Eixo do Fome Zero.

1. Acesso aos Alimentos

- Renda: Bolsa Família
- Programas de Alimentação:

Alimentação Escolar (PNAE)

Distribuição de Vitamina A e Ferro Alimentos aos grupo populacionais específicos Educação Alimentar e Nutricional Sistema Vigilância Alimentar e Nutricional

(SISVAN) Programa de Alimentação dos Trabalhadores

· Redes de SAN locais e regionais: Restaurantes Po-

pulares, Cozinhas Comunitárias, Feiras, Agricultura Urbana e Bancos de Alimentos

Água: Cisternas

2. Fortalecimento da Agricultura Familiar

- Financiamento da Agricultura Familiar (PRONAF): Seguro Agrícola e Seguro Safra
- Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

3. Geração de Renda

- · Qualificação Social e Profissional
- Próximo Passo
- · Economia Solidária e Inclusão Produtiva
- Microcrédito Produtivo Orientado
- · Arranjos Regionais de SAN:

CONSADs. Território da Cidadania



Social

- Centros de Referências em Assistência Social (CRAS) e Programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF)
- · Conselhos e Comitês de Controle Social
- Educação Cidadã e Mobilização Social
- · As Parcerias com Empresas e Entidades

Fonte: ARANHA, 2010.

Em relação aos eixos, o Eixo 1 caracteriza-se por conter programas e ações de transferência de renda, alimentação e nutrição e acesso à informação e educação. O Eixo 2 visa o Fortalecimento da agricultura familiar já que esta constitui a maior dos espaços agrícolas e é o mais importante fornecedor de alimentos para o mercado doméstico, por meio de ações que levem à geração de renda no campo. O Eixo 3 busca capacitar os indivíduos para que os mesmo busquem, posteriormente, meios próprios de subsistência, buscando inseri-los no mercado de trabalho, através de qualificações sociais e profissionais, economia solidária e microcrédito para pequenos produtores, incentivando a economia. O Eixo 4 objetiva a inserção da sociedade civil nos programas e políticas sociais (ARANHA, 2010; CUSTÓDIO *et. al.*, 2011).

Dentro do Eixo 1 (Acesso aos Alimentos) existe um programa que trabalha com a transferência direta de renda, o Programa Bolsa Família, que é considerado o principal programa da estratégia, vindo unificar os programas de transferência de renda governamentais já vigentes (Bolsa-alimentação, Bolsa-escola, Auxílio Gás e Cartão Alimentação). Este beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. Estas famílias devem ser cadastradas no Cadastro Único (CadÚnico) que é um banco de dados que fornece informações para todos os programas federais e o valor recebido por cada família dependerá do tamanho da mesma, da idade de seus integrantes e de sua renda; além de seu recebimento ser dependente do cumprimento de suas condicionalidades (TREVISANI *et. al.*, 2012; MDS, 2015 ^a; ANDRADE *et. al.*, 2012).

O Bolsa Família foi criado em 2004 pela Lei 10.836 e é regulamentado pelo Decreto nº 5.209 buscando: unir o acesso a direitos mínimos como saúde, educação e assistência social; combater a fome por meio da promoção da segurança alimentar e nutricional, combater a pobreza; e conceder não apenas um benefício para a diminuição da miséria e exclusão social, que por vezes torna as famílias assistidas dependentes dos programas, mas oferecer a estas recursos para que alcancem sua emancipação; além de promover a intersetorialidade em suas ações e entre todas as esferas do governo (BRASIL, 2004 b; BRASIL, 2004 c; PIRES; JARDIM, 2014).

Também, inserido no Eixo 1 estão os programas de alimentação: o Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE), a distribuição de Vitamina A e Ferro, programas que garantem alimento aos grupos populacionais específicos, a promoção de Educação Alimentar e Nutricional, a implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e a criação do Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (ARANHA, 2010; CUSTÓDIO *et. al.,* 2011).

O PNAE é um programa que oferece alimentação adequada aos estudantes da rede pública em todo território nacional, tanto os de ensino fundamental quanto médio, objetivando atender às necessidades nutricionais dos alunos durante sua permanência na escola. A distribuição de Vitamina A ocorre para puérperas e crianças de 6 meses a 5 anos, de áreas endêmicas e a distribuição de ferro acontece para crianças de 6 a 18 meses, gestantes e puérperas; além disso, outra ação importante no enfrentamento da anemia foi a fortificação com ferro e ácido fólico de todas as farinhas de trigo e milho de uso comercial, após o ano de 2003, incluindo as de panificação (CASTRO et. al., 2014; BRASIL, 2007; CUSTÓDIO et. al., 2011).

A ação de distribuição de alimentos aos grupos populacionais específicos objetiva o repasse de alimentos para atender de forma emergencial a famílias em situação de insegurança alimentar que possuem dificuldade em produzir ou adquirir alimentos, devido a longo processos de exclusão social pelo quais passarão, além de grupos em situação de calamidade pública; sendo: Famílias que aguardam acesso ao Plano de Reforma Agrária, povos indígenas, comunidades quilombolas, comunidades de terreiros, famílias atingidas pela construção de barragens, famílias de pescadores artesanais, população de municípios que estejam em situação de emergência e/ou calamidade pública. A Educação Alimentar e Nutricional busca conduzir a hábitos alimentares saudáveis por meio de ações que promovam a Segurança Alimentar e Nutricional (MDS, 2015 b; RAMOS et. al., 2013).

O SISVAN é um conjunto de ações que visa monitorar o estado nutricional da população por meio de dados oferecidos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e objetiva identificar e evidenciar as tendências de saúde e nutrição e o cenário de insegurança alimentar da população. O PAT busca melhorias das condições

nutricionais dos trabalhadores, principalmente os de baixa renda, por meio de oferta de refeições a estes no local de trabalho (COELHO *et. al.*, 2015; CANELLA *et. al.*, 2011).

No Eixo 1, se encontra também as Redes de Segurança Alimentar e Nutricional locais e regionais, sendo: Restaurante Popular, Cozinhas Comunitárias, Feiras, Agricultura Urbana e Bancos de Alimentos. Os Restaurantes Populares refeições nutricionalmente comercializam prontas, balanceadas. preços acessíveis, garantindo a dignidade da população que se alimenta fora de casa, principalmente as classes sociais mais vulneráveis. As Cozinhas comunitárias são espaço nos quais são produzidas e comercializadas ou doadas refeições para populações de baixa renda, atendendo mais de 100 indivíduos por refeição, em ao menos 5 dias por semana (ARANHA, 2010; GODOY et. al., 2014; MDS, 2015 c). As Feiras livres oferecem oportunidade de renda ao pequeno agricultor familiar, pois possibilita a comercialização do seu excedente produtivo, e oferece à população o acesso a alimentos a custos inferiores. A Agricultura Urbana refere-se ao cultivo de hortifruts e à criação de pequenos animais em quintais, às margens de ruas e sacadas. E os Bancos de alimentos são instituições que arrecadam alimentos em parceria com o setor alimentício ou a sociedade civil e distribue aqueles que estão próprios para o consumo a entidades assistenciais (MDS, 2007; COMASSETTO et. al., 2013; COSTA et. al., 2014 a).

E por fim, no Eixo 1 encontra-se o programa de Abastecimento de água por meio de cisternas que são construídas para população do semiárido brasileiro, buscando armazenar as águas da chuva (MDS, 2011).

Dentro do Eixo 2 (Fortalecimento da Agricultura Familiar) encontra-se o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) que é um programa de crédito voltado à agricultura familiar, com juros subsidiados, que apóia prioritariamente a produção de alimentos. Junto a este, encontra-se o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), este atua no combate à fome e à pobreza e fortalecer a agricultura familiar. Para isso, o programa utiliza mecanismos de comercialização que favorecem a aquisição direta de produtos de agricultores familiares. Parte dos alimentos é adquirida pelo governo, que é proveniente dos agricultores familiares,

para a formação de estoques estratégicos e distribuição à população em maior vulnerabilidade social e a outra parte dos alimentos é adquirida pela própria agricultura familiar, para formação de estoques próprios. O programa visa suprir as carências alimentares desta população e estimular a pequena produção e seu consumo (CARVALHO; ROCHA, 2013; SILVA; BERNARDES, 2014).

O Eixo 3 (Geração de Renda) busca incentivar a economia solidária e desenvolver ações de qualificação da população de baixa renda no intuito de que estes sejam inseridos no mercado de trabalho. Inserido neste Eixo tem-se a Economia Solidária que no Brasil teve crescimento a partir de instituições e entidades que apoiavam iniciativas e associações comunitárias e pela formação de cooperativas populares, redes de produção e comercialização, feiras de cooperativismo e economia solidária, etc. O Governo Federal criou em 2003 a Secretaria Nacional de Economia Solidária aprimorando o Programa Economia Solidária em Desenvolvimento. Possui a finalidade de promover o fortalecimento e a divulgação da economia solidária, diante das políticas integradas buscando o desenvolvimento por meio da geração de trabalho e renda com inclusão social. É o conjunto de atividades econômicas de produção, distribuição, consumo, poupança e crédito, que são organizadas em forma de autogestão. Considerando essa definição, a Economia Solidária é caracterizada por: cooperação, autogestão, dimensão econômica e solidariedade (NAGEM; SILVA, 2013; ARANHA, 2010).

E no Eixo 4 (Articulação, Mobilização e Controle Social) existem os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nos quais se faz o cadastramento das famílias. Estes são unidades públicas integrantes da Proteção Social Básica do Sistema Único da Assistência Social (Suas) que estão nos municípios, trabalhando para a prevenção de ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. (OLIVEIRA; HECKERT, 2013).

3.3 MARCOS REFERENCIAIS NA TRAJETÓRIA DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

3.3.1 História do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional: Panorama Mundial

A alimentação é algo intrínseco aos animais e assim também ao ser humano, que além de se alimentar para suprir suas necessidades biológicas também o fazem devido a fatores históricos, sociais, culturais e psicológicos (MARQUES *et al.*, 2011). Historicamente vinculada à alimentação está a fome, ou seja, a falta de alimentos para satisfação do apetite, ou como é entendida mais recentemente, a ausência de elementos nutritivos indispensáveis à manutenção da saúde (BLISKA *et. al.*, 2009).

De acordo com Valente (2003) a fome pode ser entendida como a vontade de comer causada pela necessidade fisiológica até a situação de subnutrição humana, que leva a exclusão social e está intimamente vinculada a pobreza. Por sua vez, a pobreza é conceituada como possuir menos do que é objetivamente definido, possuir menos quando comparado aos outros da sociedade, e o sentimento de não possuir o suficiente para sobrevivência (HAGENAARS; De VOS, 1988; ACCORSSI, et. al., 2012).

Uma maior preocupação com a fome e suas consequências surge após a primeira guerra mundial, quando tornou-se inegável que o país que dominasse o fornecimento de alimentos deteria o controle sobre os demais. Isso, porque possuiria meios de manter seu exército alimentado e, por conseguinte estaria apto para guerra. Desta forma inicia-se o estudo da ciência da nutrição (VIEIRA; D'ORNELLAS, 2012; RABELO; RUCKERT, 2014).

A partir de então o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) começou a ser discutido na Europa. Entretanto, no final da segunda guerra é que essa questão ganhou força, como sendo apenas uma limitação de disponibilidade de alimentos, ou seja, a SAN de um país estava vinculada apenas à sua capacidade de produção de alimentos. Possuir alimentos, no contexto, era fator decisivo quanto a ser vitorioso na guerra, tornando o país que o possuísse uma ameaça militar aos outros (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; BURLANDY et. al., 2012).

Essa visão sobre a importância da alimentação e do seu controle levou à criação do Fundo das Nações Unidas para a Alimentação (FAO), em 1945, com os objetivos de: promover a erradicação da fome e da insegurança alimentar; buscar a erradicação da pobreza e conduzir à melhoria da nutrição; gerar avanço agrícola; e administrar e usar sustentavelmente os recursos naturais para as populações (BELAIDI, 2014; FAO, 2015 a).

No ano de 1948 foi publicada a Declaração Universal dos Direitos Humanos que em seu artigo 25°, coloca a alimentação como sendo um direito do ser humano, evidenciando a importância da questão alimentar. Esse acontecimento foi um marco histórico e impulsionou a criação de leis e órgãos governamentais posteriormente no mundo, inclusive no Brasil (ONU, 1948). Alves e Jaime (2014) colocam que: "Os direitos humanos são indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização". E junto a isso revelam que os direitos à alimentação e saúde são: "inalienáveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica, pois tratam de direitos humanos os quais todos possuem, única e exclusivamente, por terem nascido e serem humanos" (ALVES; JAIME, 2014).

Todavia, as leis criadas no final da década de 40 e inicio da de 50, mantiveram a ideia de que a Segurança Alimentar baseava-se apenas em ter o alimento e que a fome era causada pelo rápido crescimento populacional e pela má distribuição de alimentos. Partindo deste pressuposto, surgiu na década de 50 um movimento denominado Revolução Verde, tendo como objetivo intensificar a produção de alimentos utilizando de alta tecnologia (RAMOS; CUERVO, 2012). Este foi alavancado por instituições privadas como a Fundação Rockfeller e a Ford que fomentaram financeiramente o movimento, investindo na alta produtividade de alimentos no México e nas Filipinas. Pregando a modificação genética das sementes tornando-as mais resistentes a doenças e pragas, diminuindo o tempo para a produção e com isso aumentando a produtividade. (HENRIQUES, 2009; AMORIM; ALMEIDA, 2015; BIANCHINI; MEDAET, 2013).

Este movimento culminou num aumento da produção de alimentos, no entanto, apesar dessa superprodução de alimentos o problema da fome no mundo não foi

erradicado (FAPESP, 2012; RAMOS; CUERVO, 2012). Neste sentido, mostra-se que o problema da fome não resulta apenas da ausência de produção dos alimentos, mas da dificuldade de acesso ao mesmo, revelando que: "acesso aos alimentos é talvez a principal dimensão da segurança alimentar que deveria ser objetivada pelas políticas públicas" (BELIK; CORREA, 2013; TRALDI *et. al.*, 2012).

Em 1966 foi realizada uma assembleia da ONU na qual foi assinado o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), que em seu 11º artigo - parágrafo um, declara que os países ali presentes reconheciam o direito de todos os indivíduos a um grau de vida satisfatório para si e para as suas famílias, assim: "incluindo alimentação, vestuário e alojamento suficientes...". Além disso, o mesmo artigo em seu parágrafo dois reconhece o direito básico de qualquer indivíduo de estar abrigado da fome ratificando a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1966; CUNHA; SCARPI, 2007; SIQUEIRA *et. al.*, 2014).

Já na década de 70, houve uma crise de escassez de alimentos no mundo. Até então a questão alimentar ainda mantinha-se ligada à capacidade de produção agrícola, não tendo um foco na questão da acessibilidade e dos direitos humanos (BURLANDY et. al., 2012). Devido a esse período de escassez, em 1974, a FAO, organizou-se a I Conferência Mundial de Segurança Alimentar, ampliando a discussão sobre a necessidade de melhoria na distribuição alimentar no mundo, junto ao aprimoramento da produtividade agrícola, colocando em destaque o tema da Segurança Alimentar (NASCIMENTO; ANDRADE, 2010; CUSTÓDIO et. al., 2011; ZONIN, V.J. et. al., 2015).

A partir dos anos 80 o conceito de fome aparece vinculado ao acesso (demanda e distribuição) físico e econômico do alimento, e não mais à produção, ou seja, o foco que estava voltado somente para o alimento, voltou-se agora para a possibilidade de tê-lo regularmente e em quantidades adequadas; além de colocar luz sobre a parte "nutricional" no conceito de Segurança Alimentar. Neste período tornou-se claro que era necessária a criação de medidas que facilitassem a acessibilidade dos indivíduos aos alimentos produzidos (BURITY et. al., 2010; CUSTÓDIO et. al., 2011; RABELO; RUCKERT, 2014).

A década de 90 trás consigo novos conceitos dentro da Segurança Alimentar. Começam discussões sobre o que seria um alimento seguro, livre de contaminação biológica ou química; debate-se sobre a qualidade do alimento no âmbito nutricional, biológico, sanitário e tecnológico; fala-se agora sobre a adequação de dietas e da importância dos hábitos alimentares e culturais dos indivíduos (BURITY *et. al.,* 2010; RAMOS; CUERVO, 2012).

No ano de 1992 foi realizada em Roma, a Conferência Internacional de Nutrição, organizada pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) visando fortalecer o direito à alimentação, vinculado ao direito à vida e à satisfação das necessidades básicas dos indivíduos. A SAN adquire características mais humanas, destacando a carência de se implementar estratégias básicas para melhoria da alimentação, nutrição, saúde e bem estar dos indivíduos. Nesta Conferência definiuse um plano de ação para o combate à fome, por meio do qual a comunidade internacional buscaria minimizar as questões emergenciais de saúde voltadas à desnutrição conjuntamente a ações preventivas de saneamento e saúde pública. Além disso, foi dado enfoque na qualidade nutricional e sanitária do alimento e na segurança alimentar nos domicílios e nas comunidades (BURITY et. al., 2010; CARVALHO et. al., 2013; BELIK, 2012).

Em 1996, a FAO realizou em Roma, a Cúpula Mundial da Alimentação, com a presença de 180 representantes de países, na qual foi aprovada a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar Mundial e o Plano de Ação. Esta reiterou o direito intrínseco do ser humano à alimentação e teve como meta discutir a necessidade de garantia de acesso à alimentação saudável e segura, com qualidade e em quantidade suficiente, além de sinalizar a necessidade de se identificar as causas da fome e da desnutrição; definição de metas para diminuição do número de indivíduos desnutridos. Nesta declaração compreende-se que SAN engloba quatro áreas de atuação para as Políticas Públicas: disponibilidade, acesso, estabilidade e utilização dos alimentos. Além de explicitar a correlação entre a pobreza e a má nutrição e lançar luz sobre a responsabilidade do Estado na garantia da SAN (CARVALHO et. al., 2013; CUSTÓDIO et. al., 2011; BURITY et. al., 2010; BELIK, 2012).

A Declaração de Roma sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação amplia a compreensão sobre a SAN, colocando como essencial para sua efetivação

que os indivíduos tenham: "a todo momento, acesso físico e econômico a alimentos seguros, nutritivos e suficientes para satisfazer as suas necessidades dietéticas e preferências alimentares, a fim de levarem uma vida ativa e sã" (FAO, 1996).

A partir de então, o acesso à alimentação passou a ser entendido como um direito, e em 1999 a ONU implementou o conceito de Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) já respaldada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos desde 1948 e pelo PIDESC. O DHAA, de acordo com a ONU, só apresenta uma aplicação efetiva quando os indivíduos conseguem ter acesso físico e econômico à alimentação adequada continuamente e aos meios de consegui-la, não se limitando ao alcance de aporte nutricional, sendo correlacionado a outros direitos (vida, saúde, moradia, educação, etc), e de responsabilidade do Estado a formação de políticas públicas que garantam seu cumprimento, sendo dependente de sua compreensão como um direito humano condicionante para a dignidade humana (SANTOS et. al., 2011; BELIK, 2012; LEÃO, 2013; SIQUEIRA et. al., 2014).

Em seu Comentário Geral nº 12 o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos da ONU afirma que: "o direito à alimentação adequada é indivisivelmente ligado à dignidade inerente à pessoa humana e é indispensável para a realização de outros direitos humanos Consagrados na Carta de Direitos Humanos". E estabelece que o DHAA "não deverá, portanto, ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, que o equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. (...) terá de ser resolvido de maneira progressiva" (ONU, 1966; ONU, 1999).

No ano de 2000 realizou-se a Cúpula do Milênio da ONU na qual ficou acordado entre os 189 Estados presentes, uma redução dos índices de pobreza e fome e a redução das iniquidades sociais no mundo até o ano de 2015, o que posteriormente foi adotado por 192 países. Esta reunião e as discussões sobre os direitos humanos, guerras, degradação ambiental, má distribuição de renda, epidemias, crime organizado e a fome levaram à criação da "Declaração do Milênio", documento que define os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para os quais traçavamse as Metas de Desenvolvimento do Milênio. Os oito ODM são: erradicação da

extrema pobreza e da fome; universalização do ensino primário fundamental; promoção da igualdade de gênero e capacitação das mulheres; redução da mortalidade infantil; melhoraria da saúde das gestantes e mães; enfrentamento da HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantia do desenvolvimento sustentável; e desenvolvimento da parceria global para o desenvolvimento (ONU, 2000; MOREL, 2004; CUSTÓDIO *et. al.*, 2011; VIEIRA; D´ORNELLAS, 2012). Segue abaixo Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com suas respectivas metas.

Tabela 1: Objetivos de Desenvolvimento da ONU para o Milênio

Objetivo	Metas principais
Erradicação da pobreza extrema e da fome	Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a proporção da população vivendo com menos de um dólar por dia Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a proporção de crianças até 5 anos de idade com peso abaixo do normal
 Universalização do acesso à educação primária 	Garantir que em 2015 todas as crianças (meninos e meninas) poderão completar o curso primário
Promoção da igualdade entre os gêneros	Eliminar as desigualdades entre os gêneros na educação primária e secundária de preferência até o ano 2005, e para todos os níveis educacionais até 2015
4. Redução da mortalidade infantil	Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças até cinco anos
5. Melhoria da saúde materna	Reduzir em 3/4, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna
6. Combate a AIDS, malária e outras doenças	Até 2015 estabilizar a disseminação da AIDS e malária e começar a reverter essas epidemias
7. Promoção da sustentabilidade ambiental	Reverter o processo de perda dos recursos naturais Reduzir à metade a porcentagem de pessoas sem acesso a água potável Melhorar consideravelmente a vida de pelo menos 100 milhões de favelados
Desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento	Enfrentar as necessidades dos países menos desenvolvidos Desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas, previsível e não discriminatório Enfatizar a boa gestão pública e a redução da pobreza em cada país e internacionalmente

Fonte: MOREL, 2004.

De forma geral, as Metas do Milênio buscam diminuir os fatores de segregação humana e transformar o cenário mundial de pobreza, fome e insegurança em um local de desenvolvimento humano igualitário, que propicie qualidade de vida a todos os seres humanos com a redução das desigualdades globais (WESTPHAL *et. al.*, 2011; NASCIMENTO *et. al.*, 2014).

A primeira meta definida na Declaração foi a de reduzir pela metade o número de indivíduos em situação de Insegurança Alimentar até 2015, visando com isso, que

300 milhões de seres humanos não sofram mais fome (VIEIRA; D'ORNELLAS, 2012).

3.3.2 História do conceito da Segurança Alimentar e Nutricional: Panorama Nacional

No Brasil a preocupação com a fome é datada dos Tempos Coloniais, nesse período os escravos morriam por não ter acesso a alimento suficiente (RIGON, 2009; NOGUEIRA, 2008). Todavia, só em 1918 teve-se notícias de ações na área de alimentação e nutrição, com a criação do "Comissariado de Alimentação Pública" para minimizar o problema dos altos custos dos alimentos consequente da Primeira Guerra mundial, controlando os estoques e tabelando os alimentos básicos) (BURLANDY, 2009).

Entretanto, uma atenção mais profunda à questão da fome e à Segurança Alimentar surgiram a partir de 1930, onde se iniciam estudos sobre a fome e a criação de cursos de nutrição no Brasil unindo as vertentes biológicas e sociais (KAC *et. al.,* 2011; VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011).

A partir de 1932, inicia-se a discussão sobre Nutrição Social. Concomitantemente, influenciado pelo médico argentino Pedro Escudeiro, fundador do Instituto Nacional de Nutrição em Buenos Aires, o médico, sociólogo, geógrafo e político pernambucano Josué de Castro desenvolve uma pesquisa populacional com trabalhadores da classe operária de Recife, avaliando o consumo alimentar e calórico dos mesmos (CRUZ; MELO NETO, 2014; SCHAPPO, 2014).

O trabalho de Josué de Castro teve grande repercussão nacional e internacional e serviu de base para outros estudos similares, impactando na criação do salário mínimo e da Ração Essencial Mínima (composta de alimentos que atendessem as necessidades nutricionais de um trabalhador adulto) em 1938; e na criação da Comissão de Abastecimento, que objetivava evitar o aumento dos preços decorrente da escassez de alimentos por meio da regulação da produção e do comércio de alimentos, em 1939. Além disso, Josué de Castro participou da fundação e presidiu por dois anos a Sociedade Brasileira de Nutrição (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011; SCHAPPO, 2014; PASSOS et. al., 2014; ANDRADE, 2014).

Um dos maiores marcos históricos sobre a fome e a SAN brasileira foi seu livro *Geografia da Fome* publicada em 1946, denunciando a questão da fome no Brasil para o mundo. Josué de Castro revela que a questão da fome no Brasil, assim como no mundo, não era causada pela falta de alimentos produzidos, mas pela inadequada distribuição de renda dificultando que uma parcela da população tivesse acesso ao alimento. No mesmo ano Josué de Castro tornou-se diretor do Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil (PRESTES, 2011; SCHAPPO, 2014).

Na década de 1940 houve uma crise no abastecimento, o que ampliou a discussão sobre SAN na agenda governamental, o que fomentou a criação do Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) que buscava promover a melhoria das condições nutricionais dos trabalhadores, implantando restaurantes populares. Neste período, Josué de Castro passa a gerir o Serviço Técnico de Alimentação Nacional (STAN), que realizava pesquisas voltadas à Tecnologia Alimentar, e o Instituto Técnico de Alimentação (CUSTÓDIO et. al., 2011). Em 1945 o STAN foi substituído pela Comissão Nacional de Alimentação (CNA) que buscava fortalecer as ações de educação alimentar e de assistência a indústria brasileira de alimentos, e realizava a suplementação alimentar e nutricional de gestantes, nutrizes, crianças e trabalhadores de baixa renda (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011; RODRIGUES, 2013; SCHAPPO, 2014; ANDRADE, 2014).

Em 1951, criou-se a Comissão Federal de Abastecimento e Preços (COFAP), ligado ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). E em 1953 foi criado pela CNA o Primeiro Plano Nacional de Alimentação, denominado "Conjuntura Alimentar e o Problema da Nutrição no Brasil", com o objetivo de prestar subsídio alimentar e nutricional ao grupo materno-infantil, escolares e trabalhadores. Entre os anos de 1954-1955, formulou-se a Campanha Nacional de Merenda Escolar que posteriormente tornou-se o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), (VASCONCELOS; BATISTA FILHO, 2011; RODRIGUES, 2013; ANDRADE, 2014; BELIK, 2012).

Em 1972 a CNA é substituída pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), que foi extinto em 1997, vinculado ao Ministério da Saúde com o objetivo de

organizar e administrar os programas do governo na área de SAN. Estes programas foram criados buscando enfrentar as carências nutricionais da população, enfocando principalmente os mais vulneráveis como: crianças, gestantes, população de zonas rurais e trabalhadores de baixa renda. Dentre estes programas foi criado em 1973, o I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan), vigente até 1975, que realizava suplementação alimentar em populações mais vulneráveis, apoio aos pequenos produtores de baixa renda, e promoção de fortificação e incentivo à alimentação dos trabalhadores. Em 1976, iniciou-se o II PRONAN, vigente até 1984, que instituiu o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT), que fornecia aos trabalhadores de baixa renda, refeições nas empresas e vales para a compra de alimentos, e o Programa de Combate às Carências Nutricionais Específicas (PCCNE), que enriquecia alimentos e realizava distribuição de medicamentos (BELIK, 2012; CUSTÓDIO et. al., 2011; ANDRADE, 2014; RABELO; RUCKERT, 2014).

Em 1980 e nos anos seguintes com o processo de redemocratização, a construção da discussão da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil se fortaleceu (BELIK, 2012; RABELO; RUCKERT, 2014).

Em 1988 foi realizada a declaração da Constituição Brasileira, assegurando os direitos básicos dos cidadãos brasileiros. Entretanto, a alimentação não se encontrava entre eles (BRASIL, 1988; BELIK, 2012).

Na década de 1990 houve avanços nas Políticas Públicas voltadas a SAN. No ano de 1991 ocorreu a CPI da Fome que avaliava as ilegalidades nos programas de assistência da época. Em 1992, surgiu a "Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida" coordenada pelo sociólogo Herbert de Sousa, o Betinho, sendo a primeira vez em que a sociedade civil participou ativamente nos debates sobre fome e pobreza. Em 1993 foi elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Mapa da Fome que revelou que 32 milhões de brasileiros passavam fome em 1990. Também em 93 foi elaborado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) que buscava implementar políticas e programas voltados a SAN e incluir o tema na agenda política, além de ser responsável pela implantação e gestão do Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria,

entretanto, o CONSEA foi extinto em 1995. No ano de 1994 realizou-se a l Conferência Nacional de Segurança Alimentar (Consan), discutindo a criação de uma política nacional de SAN e a garantia de acesso à alimentação para populações específicas, com o tema: "Fome: uma questão nacional". E em 1999 foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (CUSTÓDIO et. al., 2011; RABELO; RUCKERT, 2014; ANDRADE, 2014; PINHEIRO, 2009).

No ano de 2003 o CONSEA foi reativado, objetivando propor diretrizes de ações na área da alimentação e nutrição, apresentando um caráter consultivo e de assessoramento, participando do planejamento, execução e monitoramento de políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, procurando reduzir as exclusões. Sendo um órgão de articulação entre o governo e sociedade civil (CONSEA, 2014).

Também no ano de 2003 foi criado o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome (Mesa) responsável por gerir o Fome Zero, criado no mesmo ano; além de articular a participação da sociedade civil e fundar diretrizes e conferir a implementação de programas. Contudo, um ano depois, em 2004, foi unido ao Ministério da Assistência Social (MAS) e à Secretaria Executiva do Conselho Gestor Interministerial do Programa Bolsa Família. Essa associação formou o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, buscando a inserção social, a promoção de Segurança Alimentar, o amparo integral e uma renda mínima que garanta cidadania às famílias que vivem em situação de pobreza (SANTOS et. al., 2011; SIMAO et. al., 2014; PAES-SOUSA, 2013).

Em 2006 foi decretado a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) que possibilita o fortalecimento e criação de novas ações da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNAN) e formula o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) visando garantir o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA), o acesso a essa alimentação adequada e a SAN (BRASIL, 2011; CUSTÓDIO *et. al.*, 2013).

A LOSAN em seu artigo 3° define o principal conceito de Segurança Alimentar e Nutricional utilizado no Brasil, assim sendo: A 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, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006 a).

No ano de 2010, a Constituição Brasileira sofreu alterações com a Emenda 64, que no Artigo 6º coloca a alimentação como sendo um direito social: "Art. 6º 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 a; SIQUEIRA et. al., 2014).

Em Agosto do mesmo ano foi criada a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) por meio do Decreto nº 7272. Objetivando a promoção da SAN e a garantia do direito a alimentação adequada para todo cidadão brasileiro. A partir deste decreto elaborou-se o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional contendo políticas, programas, ações, metas e orçamentos, como principal mecanismo de planejamento. (BRASIL, 2010 b).

3.3.3 A situação de (In) Segurança Alimentar da População Brasileira

Enquanto a SAN, conforme já foi definido, é entendida como "acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais" a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) é a ausência ou incapacidade desse acesso à alimentação adequada culminando, em sua forma mais grave, em fome e desnutrição (BRASIL, 2006 a; D'ÁVILA; SILVA, 2011; SOUZA et. al., 2012). Um dos fatores que mais contribuem para a Insegurança alimentar é a concentração de renda e a fundiária, de acordo com Ferreira Vinhas (2010) "quanto maior a concentração de renda, mais exposto estará o país à situação de insegurança alimentar".

A Insegurança Alimentar Nutricional (IAN) é classificada em três níveis: Leve (IAL), Moderada (IAM) e Grave (IAG). A IAL é caracterizada pelo comprometimento da qualidade do alimento, conservando a quantidade, considerada adequada para cada

indivíduo do domicílio; a IAM caracteriza-se pela restrição da quantidade ou alteração dos padrões usuais alimentares dos adultos da residência; e a IAG ocorre quando há uma diminuição na qualidade e uma redução na quantidade de alimentos das refeições de todos os indivíduos do domicílio, inclusive as crianças (VEGA *et. al.*, 2014; GODOY *et al.* 2014; WILLOWS et al., 2011).

A IAN possui influencia de diversos fatores, entre eles: a pobreza, acesso restrito aos alimentos, as carências de itens básicos no domicílio, deficiência de infraestrutura domiciliar, baixa renda domiciliar per capita, média de escolaridade familiar, e presença e quantidade de crianças e idosos (COSTA *et. al.,* 2014 ^b; ANSCHAU *et. al.,* 2012).

A situação de IAN da população brasileira nas décadas anteriores apresentava-se alarmante. O Mapa da Fome publicado em 1993, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que 32 milhões de brasileiros passavam fome (MATTEI *et. al.*, 1997; SILVA, 2014).

Já a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2004/2009 demonstrou que em 2004 34,9% dos domicílios entrevistados (englobando 18 milhões de domicílios nos quais residem 72 milhões de pessoas) apresentavam alguma restrição alimentar ou ao menos certa preocupação com a possibilidade de haver esta restrição pela falta de recursos para adquirir alimentos, e em 2009 30,2% encontravam-se em algum grau de IAN, representando 17,7 milhões de domicílios onde residiam cerca de 65,6 milhões de pessoas (IBGE, 2010).

No entanto, com os esforços nacionais para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do milênio (ODM) traçados em 2000 na Cúpula do milênio, houve uma considerável redução dos índices de IAN no país. O primeiro ODM era reduzir a fome e a pobreza extrema pela metade até 2015. No Brasil, a pobreza que atingia cerca de 25% da população, passou a ser presente em apenas 3,5%, e a fome, de acordo com os indicadores da ONU para avaliar os ODM, alcançou a redução desejada, já em 2012 (PNUD, 2015; IPEA, 2014). Assim, a PNAD, de 2013, revelou que 14,7 milhões de domicílios (onde residem 52 milhões de pessoas) encontravamse em algum grau de IAN, revelam uma diminuição considerável em comparação aos dados da PNAD de 2004 (IBGE, 2014).

O Relatório sobre "O Estado da Insegurança Alimentar e Nutricional no Mundo" (SOFI na sigla em inglês) produzido pela FAO, em 2014, revela que o Brasil conseguiu reduzir pela metade a proporção de sua população que passa fome, o que contribuiu para a arrefecimento das desigualdades e a ampliação do desenvolvimento humano, sendo fruto de políticas bem lideradas pelo governo e da participação da sociedade civil.O Relatório evidencia que entre os anos de 2001 á 2012, os índices de pobreza no Brasil caíram de 24,3% para 8,4% da população, já a extrema pobreza foi reduzida de 14% para 3,5%. Dos anos de 2000-02 á 2004-06 a proporção de indivíduos desnutridos foi reduzida de 10,7% para menos de 5%. E entre 1996 e 2006 o número de crianças menores de cinco anos de idade com desnutrição caiu de 13,4% para 6,7%. Houve também uma redução de 25% de IAG, predominantemente nas populações em extrema pobreza (IPEA, 2014; FAO, 2014 b).

Devido a esses bons resultados, o Brasil saiu do Mapa da Fome em 2014. De acordo com José Graziano da Silva, O Diretor-Geral da FAO, o Brasil progrediu consideravelmente na luta contra a fome e a IAN como resultado de muito trabalho e com o investimento em políticas de redução da fome, culminando em sua saída do Mapa da Fome (FAO, 2015 b).

Contudo, apesar dessa ascendência do Brasil no campo da SAN, estudos ainda mostram a existência de populações em situação de IAN. Um estudo realizado em São José dos Ramos (PB) com 177 domicílios revelou um alta incidência de IAN, sendo que 135 famílias (76%) encontravam-se em alguma nível de insegurança alimentar. Outro estudo realizado na Paraíba com famílias de crianças demonstrou a predominância de insegurança alimentar nas famílias estudadas, já que 59,6% das famílias encontram-se em algum nível de IAN, sendo 32,4% em IAL, 18,0% em IAM e 9,2% em IAG. Um estudo realizado em 2006 com famílias de crianças menores de 2 anos demonstrou que das 1655 famílias avaliadas 835 encontravam-se em algum nível de insegurança alimentar e nutricional (50,5%). No Paraná um trabalho realizado entre os anos de 2006 e 2007 evidenciou que das 421 famílias investigadas, 314 encontravam-se em situação de insegurança alimentar (75%), sendo 44,9% em situação de IAL, 23,8% em IAM e 5,9% apresentavam IAG. Outro

estudo desenvolvido em Goiás em 2012 revelou que das 214 famílias entrevistadas, 160 (75,2 %) encontravam-se em situação de IAN, dos quais 45,1% estavam em IAL e 21,6% em IAM (SILVA et. al., 2012; SOUZA et. al., 2012; VEGA et. al., 2014; ANSCHAU et. al., 2012; CORDEIRO et. al., 2014).

Esses estudos revelam a extensão e a gravidade do problema da Insegurança Alimentar nos estados brasileiros. Sendo de grande valia para o dimensionamento e mapeamento do problema, servindo de base para o levantamento de dados epidemiológicos (ANJOS; BURLANDY, 2010).

3.4 ASPECTOS E RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS

A garantia da SAN para todas as populações é de extrema importância já que uma alimentação adequada e saudável garante o suprimento dos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, observando as necessidades específicas para cada fase da vida e as necessidades alimentares especiais. Guiando-se pelos princípios de variedade, de qualidade, de equilíbrio, de moderação e de prazer/sabor (CONSEA, 2007). De acordo com Villela e Rocha (2008) o atendimento das necessidades nutricionais dos indivíduos é um fator que proporciona bem estar e saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (OMS, 1946). Além deste conceito, a discussão parte para o campo social, a determinação social da saúde trabalha a saúde e a doença pela ótica dos fenômenos específicos dos modos de convivência humano, o qual desenvolve relações sociais com outros indivíduos e vive em sociedade (NOGUEIRA, 2010). De acordo com TEIXEIRA e BRONZO (2010):

De fato, a determinação social da saúde é apenas e tão somente um aspecto da determinação social dos indivíduos, da vida humana. Os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiares nas quais, cada indivíduo se forma e realiza a sua existência, definem possibilidades e formam características das existências individuais, inclusive da nossa saúde, pois definem a expressão fenotípica de nossos genótipos assim como a exposição a

traumas e outros agravos que também determinam a nossa saúde. (...) A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo e o estresse no trabalho, são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além dessa maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar positivamente com esses riscos.

Por sua abrangência, o conceito de saúde envolve várias esferas de bem-estar, que são influenciadas pela alimentação; entende-se que para a promoção e proteção da saúde dos indivíduos a alimentação adequada é um requisito básico, além de ser um fator determinante na redução dos riscos de agravos, fornecendo subsídio para seu crescimento e desenvolvimento, ofertando qualidade de vida (FERREIRA; MAGALHAES, 2007; ALVES; JAIME, 2014; BRASIL, 2006 b).

Uma alimentação saudável oferece macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídios), micronutrientes (vitaminas e minerais), fibras e água em quantidade suficientes para o adequado funcionamento do organismo (BRASIL, 2008; BRASIL, 2014), sendo os primeiros considerados um importante grupo de nutrientes que compõem os alimentos e garantem a manutenção das funções corporais normais.

Os carboidratos fornecem energia para o organismo, devendo compor a principal fonte energética da alimentação, são divididos em carboidratos complexos (amidos), carboidratos simples (açúcares simples ou livres) e fibras alimentares (partes dos vegetais que resistem ao processo de digestão). Os lipídios (óleos e gorduras) são substâncias de alta concentração energética, incluindo nessa classe alimentos de origem vegetal e animal; seu alto consumo possui relação com o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). E as proteínas são fontes de aminoácidos, substâncias que participam dos processos fisiológicos e bioquímicos do organismo, servindo como combustível para desenvolvimento e crescimento corporal, e podem ser encontradas em alimentos de origem vegetal e animal (BRASIL, 2008; PAIVA et. al., 2007; VILARTA, 2007).

Os micronutrientes são compostos por vitaminas e minerais, que são substâncias que participam dos processos celulares que influem na metabolização energética, auxiliam as reações de absorção, formação e transporte de outros nutrientes, e reduzem o risco de ocorrência de diversas morbidades. Apesar de sua importância,

são requeridos pelo organismo em pequenas quantidades e facilmente ingeridos em uma alimentação saudável e adequada (BRASIL, 2008; PANZA *et. al.,* 2007; VILARTA, 2007).

Todos os nutrientes devem ser ingeridos de forma equilibrada, assim uma alimentação saudável e adequada é composta por todos os grupos alimentares, não por um alimento específico ou um grupo alimentar exclusivamente. Os grupos alimentares são definidos de acordo com o Guia alimentar da população brasileira, utilizado para orientar a população e auxiliá-la na escolha de alimentos mais saudáveis e na inclusão dos mesmos na dieta diária, estando expostos na Pirâmide Alimentar, que é uma representação gráfica criada para facilitar a visualização dos alimentos e seus grupos e a escolha de consumo dos mesmos (BRASIL, 2008; FREIRE et. al., 2012; PHILIPPI et. al., 1999).

A Pirâmide Alimentar (Figura 3) é um ícone ilustrativo dos grupos dos alimentos, de acordo com ela, os alimentos estão divididos em 8 grupos, o Grupo 1 é composto por Pães, cereais, raízes e tubérculos (pães, farinhas, massas, bolos, biscoitos, cereais matinais, arroz, feculentos e tubérculos); o Grupo 2 é o de Hortaliças (todas as verduras e legumes, excetuando as citadas no grupo 1); o Grupo 3 é o grupo das Frutas (cítricas e não cítricas); o Grupo 4 engloba as Carnes (carne bovina e suína, aves, peixes, ovos, miúdos e vísceras); o Grupo 5 é o de Leites e derivados (leites, queijos e iogurtes); o Grupo 6 é composto por Leguminosas (feijão, soja, ervilha, grão de bico, fava, amendoim); o Grupo 7 envolve os Óleos e gorduras (margarina/manteiga, óleo); e o Grupo 8 apresenta Açúcares e doces (doces, mel e açúcares) (PHILIPPI et. al., 1999; MARTINEZ et. al., 2013).

PIRÂMIDE DOS ALIMENTOS Guia para escolha dos alimentos Dieta de 2000kcal cúcares e Doces 1 porção Carnes e Ovos 1 porção Leite, Queijo, logurte 3 porções Feijões e 3 porçõe Frutas O O Naturalmente presente ou Batata, Mandioca 6 porções adicionado Pratique atividade física, no mínimo 30 minutos diários Faça 6 refeições no dia (café da manhã, almoço e jantar, com lanches intermediários)

Figura 3: Pirâmide dos Alimentos.

Fonte: PHILIPPI, 2013.

A Pirâmide Alimentar Brasileira foi elaborada em 1999, entretanto, em 2013 passou por uma reformulação, cujas principais alterações foram: a inserção da informação do fracionamento das refeições (6 refeições), incentivo à realização de atividades físicas, redução da quantidade calórica em cada refeição, diminuição do tempo entre as refeições, redução da orientação de caloria/dia para 2000 kcal (anteriormente era 2500 kcal), inclusão de alimentos típicos. Além disso, ocorreu maior ênfase na importância do consumo de alimentos integrais, frutas regionais, folhas verdes escuro, leites e derivados, peixes, carnes magras e grelhados, ovos, soja e outras leguminosas (lentilha, grão de bico), oleaginosas (castanhas) e o azeite. Com isto, surgiu o conceito de "Escolha Inteligente" que busca a redução da ingestão de gorduras e açúcares e aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, grãos integrais, leite, queijo e iogurte desnatados. Estas recomendações a cerca do uso dos grupos alimentares da Pirâmide Alimentar Brasileira, como base para o planejamento de uma alimentação saudável e equilibrada, estão baseadas "no conceito de segurança alimentar e nutricional e em práticas alimentares saudáveis" (PHILIPPI, 2013; UFOP, 2015; SBIBAE, 2013).

Para cada grupo alimentar representado na Pirâmide Alimentar, foram definidas porções. Segundo o Guia alimentar para a população brasileira, são estas: o consumo diário de 6 porções do Grupo de Pães, cereais, raízes e tubérculos; 3 porções de Hortaliças nas refeições diárias; o consumo diário de 3 porções de frutas; o consumo diário de 1 porção de Carnes; 3 porções diárias de Leite e derivados; o consumo diário de 1 porção de Leguminosas; o consumo máximo diário de 1 porção de alimentos do grupo dos Óleos e gorduras; e o consumo máximo diário de 1 porção do grupo dos Açúcares e doces (BRASIL, 2008).

As porções são baseadas na quantidade de energia diária que um indivíduo deve consumir. Esse valor energético diário é determinado de acordo com a dieta e as quantidades dos alimentos ingeridos, sendo definido por diversos critérios, dentre eles: idade, sexo, altura e nível de atividade física (PHILIPPI et. al., 1999; PHILIPPI, 2013).

O valor energético total é resultado da metabolização de carboidratos, gorduras e proteínas (macronutrientes) e de fibras e álcool. Defini-se a ingestão diária por meio do valor energético total (VET), que é expresso em quilojoule (kJ) ou em quilocalorias (kcal), entretanto, a medida mais usualmente adotada é a de quilocalorias (kcal). Como recomendação média para a ingestão diária de energia per capita para população brasileira adotou-se o VET de referencia de 2.000 kcal. (SARNO et. al., 2009; ANVISA, 2005; BRASIL, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define valores de referência para consumo diário, sendo estabelecido valores percentuais do valor energético total (VET). Para uma alimentação saudável preconiza-se que a ingestão diária deve ser composta por: 55-75% de carboidratos totais, dos quais 45-65% são carboidratos complexos (amido) e fibras e menos de 10% são açúcares simples (açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, doces e guloseimas); 10-15% de proteínas; 15-30% de gorduras totais, das quais, de 6-10% são de ácidos graxos poliinsaturados e menos de 10% são gorduras saturadas (FAO/WHO/UNU, 1985; BRASIL, 2008; COLUCCI et. al., 2011). A Tabela 2 apresenta o valor médio energético total (2000 kcal), expondo a recomendação calórica média dos grupos de alimentos, o número de porções e valor calórico médio por porção.

Tabela 2: Recomendação Calórica Média, Número de Porções Diárias e valor Energético Médio das Porções, Segundo os Grupos de Alimentos para Fins de Cálculo do % VET

VET = 2000 kcal								
Grupos de Alimentos	Recomendação calórica média do grupo (kcal)*	Número de porções diárias do grupo	Valor energético médio por porção (kcal)					
Cereais, tubérculos, raízes e derivados	900	6	150					
Feijões	55	1	55					
	<u> </u>	3						
Frutas e sucos de frutas naturais	210		70					
Legumes e Verduras	45	3	15					
Leite e Derivados	360	3	120					
Carnes e ovos	190	1	190					
Óleos, gorduras, sementes	73	1	73					
oleaginosa								
Açúcares e doces	110	1	110					
(*) Esta atribuição atingiu 1.943 kcal								

Fonte: BRASIL, 2008.

Uma alimentação saudável prioriza o consumo de alimento *in natura* e os minimamente processados, englobando alimentos retirados diretamente de plantas ou animais e destinados ao consumo humano sem passar por modificações depois de saírem da natureza ou passando por mínimas alterações. Entre os alimentos *in natura* têm-se frutas, legumes, verduras, raízes, tubérculos e ovos; já os minimamente processados são alimentos *in natura* que passaram por processamento seja ele: de limpeza, de retirada de partes, de fracionamento, de moagem, de secagem, de fermentação, de pasteurização, refrigeração ou congelamento, não incluindo processos que agreguem substâncias (sal, açúcar, óleos, gorduras). Estes alimentos são fontes de diversos nutrientes (são boas fontes de proteínas e da maioria das vitaminas, minerais e fibras) (BRASIL, 2014; MONTEIRO *et. al.*, 2010).

Além disso, uma alimentação saudável limita o consumo de alimentos processados e ultraprocessados. Alimentos processados são aqueles que após sua retirada da natureza passam por um processo de adição de sal, açúcar ou óleo (ou outra substância), sendo versões modificadas dos alimentos in natura; entre eles encontram-se: conservas, enlatados, frutas preservadas em açúcar, carnes

salgadas, e pães á base de trigo, água e sal. Os ultraprocessados são aqueles que passam por um processo industrial sofrendo diversas etapas de alteração, incluindo o uso de vários ingredientes, e adicionando uma alta quantidade de sal, açúcar, óleos e gorduras e outras substâncias de uso restritamente industrial (aditivos alimentares); entre estes alimentos estão: guloseimas, refrigerantes, macarrões instantâneos, embutidos, salgadinhos e biscoitos recheados. O excessivo consumo destes alimentos conduz a uma alta ingestão calórica e está correlacionada a doenças cardíacas, obesidade e outras doenças crônicas (BRASIL, 2014; MONTEIRO et. al., 2010; MARTINS et. al., 2013).

Como possibilidade para uma melhoria da qualidade alimentar e nutricional da população de maneira imediata e direta têm-se o foco na ingestão de alimentos funcionais e com propriedades nutracêuticas, que podem auxiliar na prevenção e tratamento de doenças, podendo ser uma alternativa para potencializar a ação dos alimentos e favorecer a promoção de saúde através de uma nutrição adequada.

3.4.1 Alimentos Funcionais e Nutracêuticos

Os alimentos funcionais são aqueles que além de possuírem nutrientes para a manutenção e funcionamento do organismo e serem fontes de energia, também possuem em sua composição substâncias ou nutrientes que apresentem funções benéficas ao organismo, regulando as funções orgânicas e conduzindo a promoção e o estímulo da saúde, prevenindo o surgimento de doenças. São consumidos em dietas convencionais com alimentos comuns, sem agregar nenhuma substância isolada, nem sendo ingeridos em forma de cápsulas, pílulas ou qualquer forma de suplemento. Buscam potencializar os ganhos na saúde dos indivíduos e garantir maior qualidade de vida (VIZZOTTO et. al., 2010; MORAES; COLLA, 2006; CARVALHO et. al., 2006).

O principal objetivo dos alimentos funcionais é modular as funções orgânicas, contribuindo para a melhoria, manutenção e reforço da saúde dos indivíduos por via alimentar, e reduzir o risco de acometimentos por doenças, levando ao aumento da qualidade de vida (OLIVEIRA *et. al.*, 2002; PADILHA; PINHEIRO, 2004).

O conceito de alimentos funcionais surgiu no Japão entre os anos de 1980-1990, por meio de estudos que buscavam melhorias no estado de saúde de sua população, que era composta por um crescente número de idosos. Os alimentos que possuíam um uso específico para questões de saúde passaram a ser denominados de *Food for Specific Health Uses* (FOSHU) (MAZZA, 2000; VALENZUELA *et. al.*, 2014; ARAI, 2000).

Uma definição objetiva sobre o assunto foi elaborada pelo *Institute of Food Technologist*s dos Estados Unidos que conceitua alimentos funcionais como:

alimentos e componentes de alimentos que proporcionam um benefício de saúde para além da nutrição básica. Estas substâncias fornecem nutrientes essenciais, muitas vezes além de quantidades necessárias para o normal de manutenção, crescimento, e desenvolvimento, e / ou outros componentes biologicamente ativos que conferem benefícios à saúde ou efeitos fisiológicos desejáveis (HASLER; BROWN, 2009).

Para ser considerado um alimentos com propriedades funcionais é necessário atender os seguintes critérios:

- a) ser alimentos convencionais e consumido na dieta normal/usual;
- b) ser compostos por componentes naturais, algumas vezes, em elevada concentração ou presentes em alimentos que normalmente não os supririam;
- c) ter efeitos positivos além do valor básico nutritivo, que pode aumentar o bem-estar e a saúde e/ou reduzir o risco de ocorrência de doenças, promovendo benefícios à saúde além de aumentar a qualidade de vida, incluindo os desempenhos físico, psicológico e comportamental;
- d) possuir embasamento científico para a alegação de propriedade funcional;
- e) ser um alimento natural ou um alimento no qual um componente tenha sido removido;
- g) ser um alimento onde a natureza de um ou mais componentes tenha sido modificada;
- h) ser um alimento no qual a bioatividade de um ou mais componentes tenha sido modificada (MORAES; COLLA, 2006).

Em um estudo realizado pela Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA), conceituou-se que alimentos funcionais são aqueles que apresentam

compostos bioativos que atuam na modulação dos processos metabólicos do organismo prevenindo o acometimento de enfermidades. Estes compostos são também denominados de fitoquímicos (VIZZOTTO et. al., 2010).

De acordo com Sales (2013) para que sejam estudados os compostos fitoquímicos é necessário que seja realizada a extração, o fracionamento, o isolamento, a elucidação estrutural e a identificação dos constituintes.

No Brasil, de acordo com a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 398 de 1999, alimentos com alegação de propriedades funcionais são aqueles que apresentam: "papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções normais do organismo humano" (BRASIL, 1999).

Junto aos alimentos funcionais podemos encontrar o conceito nutracêutico. Os alimentos nutracêuticos fazem parte de novas pesquisas biomédicas, sendo considerados substância integrante de um alimento (componentes alimentícios), ou alimento que possua efeitos benéficos comprovados, à saúde, incluindo a prevenção e o tratamento de doenças. Podendo, incluir nesta classe, nutrientes isolados, suplementos dietéticos, produtos herbais, produtos projetados, alimentos processados e alimentos funcionais (KWAK; JUKES, 2001; MORAES; COLLA, 2006; VALENZUELA et. al., 2014). Junto aos nutracêuticos estão os suplementos dietéticos e outros tipos alimentares, enquanto que os alimentos funcionais encontram-se na forma de alimento comum (ANJO, 2004).

Segundo a Associação Brasileira para Estudos de Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) os nutracêuticos são alimentos projetados e processados que buscam garantir a manutenção das funções dos mecanismos imunológicos do organismo (defesa), o controle do ritmo corporal e conduzir à prevenção e recuperação de doenças (COZZOLINO, 2012). Estes são classificados em: fibras dietéticas, ácidos graxos poliinsaturados, proteínas, peptídios, aminoácidos ou cetoácidos, minerais, vitaminas antioxidantes e outros antioxidantes (ANDLAUER; FÜRST, 2002; MORAES; COLLA, 2006).

Desta forma, os alimentos funcionais e os nutracêuticos mostram-se como uma alternativa para melhoria da saúde dos indivíduos e aumento da qualidade de vida, além de conferir o aporte nutricional para o organismo.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se levantamento bibliográfico de artigos de periódicos e teses e dissertações nacionais, indexados nas seguintes bases eletrônicas: PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, Lilacs e Portal de Teses Capes e sites governamentais (para pesquisa de legislação pertinentes à Segurança Alimentar e Nutricional), no período de dez/2014 a ago/2015. Foram utilizadas combinações de palavras-chave e descritores como estratégia de busca, sobre Segurança Alimentar e Nutricional e Políticas Públicas; Fome Zero; Recomendações Nutricionais; Insegurança Alimentar e Nutricional.

Foi realizado um estudo observacional, transversal quantitativo de base populacional, exploratório, entre os meses de junho a setembro de 2015, conduzido por meio de visitas aos representantes das famílias de crianças e adolescentes (entre sete e dezessete anos) cadastrados no Projeto "Bom de Bola 10 na Escola", no bairro de Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica- ES.

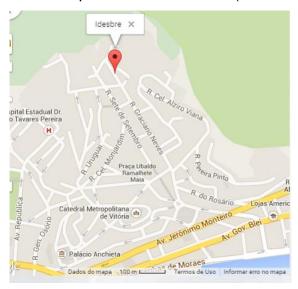
Houve a realização de uma pesquisa quantitativa referente ao nível de Segurança Alimentar da população estudada, assim como a qualidade do consumo alimentar, perfil antropométrico e perfil socioeconômico, utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), questionário socioeconômico da ABEP 2014, questionário de frequência alimentar utilizado pela clínica escola da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo e avaliação antropométrica.

4.1 DEFINIÇÃO DAS ETAPAS

1ª etapa: População do estudo

O trabalho foi realizado com representantes das famílias atendidas pelo projeto "Bom de Bola 10 na Escola", que existe há 6 anos, destinado a crianças e adolescentes com idades entre 7 e 17 anos de famílias de baixa renda em situação de risco social e pessoal, localizado no bairro Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica- ES, composto por cerca de 160 famílias. Este projeto engloba crianças

dos bairros Flexal I e II, Nova Canaã, Porto de Santana e Santa Rosa, localizados no município de Cariacica - ES (IDESBRE, 2014).



Fonte: IDESBRE, 2014.

2ª etapa: Coleta dos dados

Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados (ANEXO C, ANEXO D, ANEXO E) aplicados durante visitas ao local, com os representantes das famílias, à pessoa adulta, preferencialmente o responsável pelo lar, ou com conhecimento das condições alimentares no domicílio; e por meio da aferição de medidas antropométricas do mesmo (peso e altura).

Os questionários foram aplicados por uma equipe de voluntários previamente treinados e supervisionada pela pesquisadora responsável e a avaliação antropométrica foi realizada pela pesquisadora.

Foram avaliados 134 domicílios por meio dos questionários e da avaliação antropométrica aplicadas a um representante de cada família. Considerou-se família os indivíduos que residiam no mesmo domicílio.

3ª etapa: Análise de dados

Os dados foram codificados e digitados em planilhas do programa Excel (Microsoft Excel). Foram realizados testes estatísticos para avaliar se havia associação entre as variáveis. As variáveis quantitativas foram avaliadas por meio de medidas de resumo de dados, como: média, mediana, amplitude e desvio padrão. A associação entre variáveis qualitativas foi realizada através do teste Exato de Fisher, para

valores esperados menores que 5. Toda inferência estatística foi realizada considerando 5% como nível de significância com auxílio do software SPSS versão para estudantes, ano 2011.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para definição da amostra foi utilizado como critério de inclusão presença nas visitas realizadas ao local nos dias de coleta de dados, serem maiores de 18 anos, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ser a pessoa responsável pela família ou ter conhecimento das condições alimentares da mesma e disponibilidade de ser voluntário na pesquisa. Como critérios de exclusão foram adotadas medidas como: indivíduos que se negaram a responder os questionários ou assinar o TCLE, menores de idade, indivíduos que não possuíam conhecimento sobre as condições alimentares do domicílio ou aqueles que não estiveram presentes nos dias da coleta.

4.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.3.1 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

A estrutura da EBIA (ANEXO C) com suas 15 perguntas constitui agrupamentos conceituais que permitem estimar as prevalências de Segurança Alimentar e classificar os domicílios em: Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Leve (IAL), Moderada (IAM) ou Grave (IAG). Para essa classificação foi estabelecido um algoritmo que atende aos pontos de cortes mostrados. As pontuações para domicílios com crianças são diferentes daquelas usadas para classificar os domicílios onde residem apenas adultos, porque nesses são utilizadas apenas oito das quinze perguntas da escala (SEGALL- CORRÊA; MARIN- LEON, 2009). De acordo com Aires e col. (2012) esta escala atribui 1 ponto para cada resposta "sim" e pontuação zero para as respostas "não" ou "não sabe", possibilitando verificar por

meio deste somatório de pontos o nível de Segurança Alimentar e Nutricional das famílias, sendo: Segurança Alimentar (zero pontos), insegurança leve (1 a 5 pontos), insegurança moderada (6 a 10 pontos) e insegurança grave (11 a 15 pontos).

4.3.2 Questionário de Perfil Econômico ABEP 2014

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. Por meio do questionário da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) (ANEXO D) o critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2014).

4.3.3 Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

Questionário (ANEXO E) proposto pela Clínica-Escola da Faculdade Católica Salesiana no Espírito Santo contém questões quantitativas. Este foi escolhido por ser bastante completo e utilizado como método de levantamento de dados para estudo pelos alunos graduandos da instituição, além de possuir uma fácil aplicabilidade. As perguntas referem-se à frequência do consumo de porções de frutas, hortaliças, leguminosas, carnes (boi, frango, peixe e ovos), alimentos industrializados (salgadinhos, biscoitos), óleos e frituras, doces e açúcares, laticínios e até bebidas alcoólicas. Essas informações permitem a análise da qualidade da alimentação dos indivíduos. É importante ressaltar que o presente Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) não apresenta o alimento feijão e o grupo de leguminosas, apesar de ser um alimento que compõe a dieta tradicional da população brasileira.

4.3.4 Avaliação Antropométrica

Os dados antropométricos coletados foram peso e altura. Para as medidas de peso foi utilizada uma balança digital científica, da marca Tanita UM-061, com capacidade máxima de 150 kg; estando os indivíduos descalços, posicionados no centro da balança, com os braços ao longo do corpo. Para aferição de altura foi utilizado uma fita métrica posicionada esticada, estando o indivíduo ereto (BRONHARA; VIEIRA, 2007).

A aferição de peso e altura foi feita para traçar o Índice de Massa Corporal (IMC) e por meio dele o perfil nutricional da população. Este é calculado pela fórmula Peso/Estatura² (P/E²), sendo um dos principais índices antropométricos para a avaliação nutricional (BALABAN; SILVA, 2001). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), o IMC é a principal ferramenta usada na determinação do estado nutricional dos indivíduos e grupos populacionais. A classificação adaptada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) divide-se em Baixo peso para indivíduos com IMC abaixo de 18,5 Kg/m², Eutrofia de 18,5 Kg/m² á 24,9 Kg/m², Excesso de Peso (Sobrepeso) para IMC de 25 Kg/m² a 29,9 Kg/m², e Obesidade para IMC acima de 30 Kg/m² sendo utilizado para adultos de ambos os sexos (WHO, 2000).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EMESCAM, sob o número de protocolo: 103649/2014, no dia 01 de dezembro de 2014 e retornou necessitando de mínimas alterações e sendo reenviado para o mesmo e aprovado em 08 de dezembro de 2014, pelo Parecer Consubstanciado do CEP Nº 905641 (ANEXO B).

Para a participação dos indivíduos no estudo, estes foram esclarecidos sobre a pesquisa, estando cientes de seus objetivos e assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) que foi rubricado em todas as páginas. Este termo foi elaborado em conformidade com resolução CNS/CONEP 466/2012.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, a identidade do participante será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam

identificá-lo. Eles foram informados sobre o não recebimento de qualquer incentivo financeiro e que não teriam qualquer ônus e que eles exerceriam a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

5. RESULTADOS

O estudo descritivo transversal foi realizado com 134 indivíduos (representantes das famílias), adultos (acima de 18 anos) residentes na cidade de Cariacica – Espírito Santo, na região de grande Flexal.

Por meio de um questionário com informações gerais sobre a população estudada traçou-se o perfil populacional dos indivíduos que compõem a pesquisa. Observou-se que 46 indivíduos (34,3 %) tinham de 18 a 35 anos, de igual modo outros 46 indivíduos (34,3%) de 36 a 50 anos (Tabela 3). Dos participantes, 27 (20,1%) eram do sexo masculino e 107 (79,9%) do sexo feminino (Tabela 3).

A pesquisa realizada contou com a participação de indivíduos que residiam em 15 bairros diferentes (Aparecida, Bela Vista, Boa Esperança, Expedito, Flexal 1, Flexal 2, Graúna, Nova Brasília, Nova Canaã, Porto Novo, Porto Santana, Presidente Médice, Retiro São Saudoso, Santa Rosa, Vila Prudêncio), dos quais, 28 (20,1%) residiam em Flexal 1, 34 (26,1%) em Flexal 2 e 41 (30,6%) em Nova Canaã.

Em relação ao número de pessoas residentes nos domicílios, a tabela 3 apresenta que, dos domicílios visitados, 30 (22,4%) possuíam de 1 a 2 indivíduos, 65 (48,5%) apresentavam de 3 a 4 moradores, 28 (20,9%) possuíam de 5 a 6 indivíduos, 8 (6%) possuíam de 7 a 8 moradores e 3 (2,2%) tinham 9 ou mais moradores. Constatouse a presença de crianças em 77 domicílios, o que significa, 57,5% destes domicílios.

Quanto ao número de moradores que trabalham nos domicílios revelou-se que: em 20 domicílios (15%) nenhum morador trabalhava, em 71 dos domicílios estudados (53%) apenas 1 indivíduo trabalhava, em 35 domicílios (26,1%) tem-se 2 indivíduos que trabalhavam, em 6 dos domicílio (4,5%), 3 indivíduos trabalhavam e em apenas 1 domicílio (0,7%) há 4 e 5 indivíduos trabalhando (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil dos indivíduos.

Variáveis		Frequência	%
Idade	18 35	46	34,3
	36 50	46	34,3
	51 64	32	24,0
	≥ 65	10	7,4
Sexo	Masculino	27	20,1
	Feminino	107	79,9
Nº de pessoas que residem no	1 a 2	30	22,4
domicílio	3 a 4	65	48,5
domicilo	5 a 6	28	20,9
	7 a 8	8	6,0
	≥ 9	3	2,2
Presença de crianças no	Não	57	42,5
domicílio	Sim	77	57,5
Nº de indivíduos que trabalham	0	20	15,0
, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	1	71	53,0
	2	35	26,1
	3	6	4,5
	4	1	0,7
	5	1	0,7
Renda média domiciliar (Salário	<1	8	6,0
Mínimo)	1 - 2	80	59,7
William C)	2 - 3	34	25,4
	≥ 3	12	8,9
Renda <i>per capita</i> (Salário	< 1/2	77	57,5
Mínimo)	1/2 - 1	38	28,3
Will lillio)	1	13	9,7
	> 1	6	4,5
Recebimento de Benefícios	Sim	35	26,1
	Não	99	73,9
Diabetes Mellitus e Hipertensão	Sim	62	46,3
Arterial Sistémica	Não	72	53,7

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à renda média domiciliar em salários mínimos observou-se que: 8 dos domicílios estudados (6%), recebiam menos de 1 salário mínimo, 80 domicílios

(59,7%), de 1 a menos que 2 salários mínimos, 34 domicílios (25,4%), de 2 a menos que 3 salários mínimos e 12 (8,9%), recebem 3 ou mais salários mínimos (Tabela 3).

Já a renda *per capita*: para 77 domicílios (57,5%) é menor que ½ salário mínimo, para 38 domicílios (28,3%), vai de ½ a menos que 1 salário mínimo, para13 domicílios (9,7%) é de 1 salário mínimo e para 6 (4,5%) é maior que 1 salário mínimo (Tabela 3).

Quanto ao recebimento de algum tipo de benefício (governamental ou não) 99 indivíduos (73,9%) declararam não receber (Tabela 3), estes benefícios seriam quaisquer tipos de auxílio externo à renda como, por exemplo: cestas básicas de instituições (religiosas ou sociais) ou órgão governamentais, auxílio do programa Bolsa Família, auxílio do programa Brasil Carinho, etc.

Em relação à presença de doenças como, Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 72 moradores entrevistados (53,7%) declararam no domicílio nenhum morador apresentava as doenças pesquisadas, em detrimento de 46,3% destes moradores que disseram que haviam moradores do domicílio com estas doenças (Tabela 3).

O perfil médio, encontrado na população estudada, foi de 43 anos, com 4 moradores por domicílio, 1 indivíduo trabalhando, renda familiar de 1,6 salários mínimos e renda *per capita* de 0,49 salário mínimo (Tabela 4).

Tabela 4: Variáveis quantitativas: mínimo, máximo, média, moda e mediana.

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade	18	80	43	40	15
Nº de pessoas	1	9	4	4	2
Nº Trabalham	0	5	1	1	1
Renda Média (S.M.)	0,2	10,0	1,6	1,0	1,1
Renda per capita (S.M.)	0,01	2,50	0,49	0,40	0,36

Fonte: Elaboração própria.

Das famílias estudadas, 44 (32,8%) se apresentavam em Segurança Alimentar e Nutricional, os outros 90 domicílios encontravam-se (67,2%) em algum nível de Insegurança Alimentar, sendo que, destas: 52 famílias (38,8%) em Insegurança Leve, 19 (14,2%) em Insegurança Moderada e outras, 19 (14,2%) em Insegurança Grave (Tabela 5).

Tabela 5: Níveis de (In)Segurança Alimentar (EBIA*)

Níveis IAN	Frequência	%
Segurança Alimentar e Nutricional	44	32,8
Insegurança Alimentar e Nutricional Leve	52	38,8
Insegurança Alimentar e Nutricional Moderada	19	14,2
Insegurança Alimentar e Nutricional Grave	19	14,2
Total	134	100,0

^{*} EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

Fonte: Elaboração própria.

Foi aplicado o Questionário de classificação econômico da ABEP (2014), com resultados que demonstraram que, dentre as famílias estudadas, 11 delas (8,2%) encontravam-se na classe B, 87 (64,9%) encontravam-se na classe C, 36 famílias (26,9%) estão na classe D/E e nenhuma encontra-se na classe A (Tabela 6).

Tabela 6: Critério de Classificação Econômica (ABEP*)

Classe social	Frequência	%
В	11	8,2
С	87	64,9
D/E	36	26,9
Total	134	100,0

^{*} ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Fonte: Elaboração própria.

Da população selecionada para esta pesquisa, apenas um indivíduo (0,7%) encontrou-se em baixo peso, 40 (29,9%) deles encontravam-se em eutrofia e 93 indivíduos (69,4%), apresentaram excesso de peso (Tabela 7).

Tabela 7: Estado Nutricional (IMC*)

Estado nutricional	Frequência	%
Baixo peso	1	0,7
Eutrofia	40	29,9
Excesso de peso	93	69,4
Total	134	100,0

*IMC: Índice de Massa Corporal. Fonte: Elaboração própria.

Os resultados para o consumo alimentar estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8: Frequência de consumo alimentar de acordo com os grupos de alimentos

	Dia				Semana				Mês									
		s de 3	2	a 3		1	5	a 6	2	a 4		1	2	a 3		1		ão some
Grupos Alimentares	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arroz Branco	20	14,9	74	55,2	12	9,0	19	14,2	5	3,7	3	2,2	1	0,7		0		0,0
Produtos Integrais	3	2,2	23	17,2	6	4,5	5	3,7	3	2,2	2	1,5		0,0	1	0,7	91	67,9
Sopas Prontas	2	1,5	9	6,7	11	8,2	4	3,0	11	8,2	13	9,7	6	4,5	21	15,7	57	42,5
Refrigerantes	2	1,5	6	4,5	13	9,7	5	3,7	6	4,5	19	14,2	13	9,7	19	14,2	51	38,1
Bebidas Alcoólicas	-	-	1	0,7	4	3,0	1	0,7	4	3,0	9	6,7	6	4,5	6	4,5	103	76,9
Cachorro quente	-	-	5	3,7	8	6,0	4	3,0	3	2,2	14	10,4	10	7,5	32	23,9	58	43,3
Leite e Derivados Int.	20	14,9	30	22,4	23	17,2	14	10,4	13	9,7	6	4,5	2	1,5	1	0,7	25	18,7
Leite Desnatado	7	5,2	21	15,7	15	11,2	8	6,0	8	6,0	5	3,7	-	0,0	3	2,2	67	50,0
Café	26	19,4	35	26,1	26	19,4	27	20,1	6	4,5	2	1,5	-	0,0	-	0,0	12	9,0
Frutas em Geral	20	14,9	25	18,7	22	16,4	14	10,4	26	19,4	10	7,5	5	3,7	4	3,0	8	6,0
Verduras	25	18,7	33	24,6	20	14,9	16	11,9	20	14,9	8	6,0	4	3,0	2	1,5	6	4,5
Legumes	24	17,9	30	22,4	21	15,7	20	14,9	21	15,7	7	5,2	2	1,5	4	3,0	5	3,7
Peixes	10	7,5	16	11,9	9	6,7	9	6,7	13	9,7	15	11,2	7	5,2	30	22,4	25	18,7
Aves	17	12,7	26	19,4	17	12,7	15	11,2	31	23,1	13	9,7	5	3,7	3	2,2	7	5,2
Carne Magra	8	6,0	27	20,1	14	10,4	7	5,2	29	21,6	13	9,7	7	5,2	11	8,2	18	13,4
Carne Gorda	5	3,7	15	11,2	12	9,0	6	4,5	10	7,5	5	3,7	4	3,0	8	6,0	69	51,5
Ovos	21	15,7	24	17,9	14	10,4	14	10,4	27	20,1	12	9,0	7	5,2	6	4,5	9	6,7
Enlatados	4	3,0	13	9,7	11	8,2	3	2,2	8	6,0	9	6,7	6	4,5	22	16,4	58	43,3
Frituras em Geral	11	8,2	18	13,4	18	13,4	13	9,7	20	14,9	12	9,0	1	0,7	5	3,7	36	26,9
Manteiga	20	14,9	30	22,4	30	22,4	11	8,2	11	8,2	7	5,2		0,0	4	3,0	21	15,7
Óleo Vegetal	22	16,4	20	14,9	33	24,6	11	8,2	3	2,2	-	-	1	0,7		0,0	44	32,8
Azeite	9	6,7	23	17,2	13	9,7	12	9,0	8	6,0	5	3,7	2	1,5	6	4,5	56	41,8
Tempero Pronto	8	6,0	17	12,7	10	7,5	5	3,7	8	6,0	3	2,2	2	1,5	4	3,0	77	57,5
Adoçantes	6	4,5	8	6,0	4	3,0	7	5,2	3	2,2	-	0,0	1	0,7	-	0,0	105	78,4
Suplemento	1	0,7	-	0,0	1	0,7	-	0,0	1	0,7	-	0,0	-	0,0	-	0,0	131	97,8

Fonte: Elaboração Própria.

Observou-se que, 55,2% (n= 74) da amostra consome o grupo de 'Arroz, macarrão, pão, inhame' correspondente a Carboidratos complexos, de 2 a 3 vezes por dia. Os 'Produtos integrais' não são consumidos por 67,9% (n= 91) da população. As 'Sopas Prontas' não são consumidas por 42,5% (n= 57) da população. O 'Refrigerante' teve um baixo consumo, sendo consumido de 1 a 3 vezes por mês por 23,9% (n= 32) da população e não sendo consumido por 38,1% (n= 51). A maior parte dos indivíduos, 76,9% (n= 103), não consume 'Bebidas Alcoólicas'. Outro grupo que teve um baixo consumo foram os lanches, 'Cachorro quente, hambúrguer, pizza', tendo o consumo de 1 vez por mês entre 23,9% (n= 32) e não sendo consumido por 43,3% (n= 58). O grupo de 'Leite e derivados' teve o consumo heterogêneo sendo consumido de 2 a 3 vezes por dia, por 22,4% (n= 30) e não sendo consumido por 18,7% (n= 25). O 'Leite desnatado e alimentos ligth e diet não são consumidos por 50% (n= 67). O 'Café' foi consumido por 26,1% (n= 35) dos indivíduos de 2 a 3 vezes por dia. O grupo 'Frutas em Geral' teve um consumo bastante heterogêneo, sendo consumido por 18,7% (n= 25) de 2 a 3 vezes por dia e 19,4% (n= 26) de 2 a 4 vezes por semana. O grupo 'Verdura' apresentou um consumo de 24,6% (n= 33) do grupo de 2 a 3 vezes por dia. Assim como os 'Legumes' que foram consumidos por 22,4% (n= 30) da população de 2 a 3 vezes por dia. Os 'Peixes' tiveram uma baixa ingestão, cerca de 22,4% (n= 30) da amostra consome apenas 1 vez por mês e 18,7% (n= 25) nem consomem. As 'Aves' são consumidas de 2 a 3 vezes por dia por 19,4% (n= 26) da população e de 2 a 4 vezes por semana por 23,1% (n=31) das famílias. O consumo de 'Carne Magra' para 20,1% (n= 27) da população foi de 2 a 3 vezes por dia, e para 21,6% (n= 29) foi de 2 a 4 vezes por semana. O consumo declarado de "Carne Gorda" foi baixo, não sendo consumido por 51,5 (n= 69) da população. O grupo dos 'Ovos' teve um variado consumo, sendo mais consumido de 2 a 3 vezes por dia por 17,9% (n=24) e 2 a 4 vezes por semana por 20,1% (n= 27) da população. 43,3% (n= 58) da população declara que não consome produtos "Enlatados (milho, ervilha ...)'. O consumo do grupo de 'Frituras em geral' teve um baixo consumo, já que 26,9% (n= 36) dos indivíduos não consomem. O grupo de 'Manteiga, creme de leite, maionese' teve seu maior consumo, por cerca de 44,8% (n= 60) da amostra, entre 1 a 3 vezes por dia. Cerca de 32,8% (n= 44) da população declarou não consumir o grupo de 'Óleo vegetal'. 41,8% (n= 56) das famílias não consomem 'Azeite'. O grupo de 'Temperos prontos" não é consumido por 57,5% (n= 77) dos indivíduos. Da mesma forma, o 'Adoçante' não é consumido por 78,4% (n= 105) da população. E finalmente, para o consumo de 'Suplementos Alimentares', registrou-se que, 97,8% (n= 131) das famílias não consomem esta categoria de alimento. Como já citado anteriormente, o presente Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) não apresenta o alimento feijão e o grupo de leguminosas.

Foram realizados testes estatísticos para avaliar se havia associação entre as variáveis. Os dados encontrados não apresentaram distribuição de probabilidade normal, pelo teste de Kolmogorov Smirnov (valor- p < 0,05). Portanto foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal – Wallis para verificar se existe diferença significativa entre as categorias do EBIA.

Quando correlacionados as categorias de (In) Segurança alimentar observou-se diferença significativa nos valores referentes: ao número de pessoas que trabalham no domicílio (p= 0,021), ao número de salários mínimos recebidos (p= 0,003) e à renda per capita domiciliar (p= 0,029). Demonstrando que, quanto menor o número de pessoas que trabalham no domicílio, menor o número de salários mínimos recebidos e menor a renda per capita no domicílio, maior é a chance deste apresentar-se em IAN, principalmente grave (Tabela 9).

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas (Sexo, Presença de crianças no domicílio, Recebimento de benefícios, Presença de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica) e os níveis de (In) Segurança Alimentar foi utilizado o teste de Fisher (valores esperados < 5). O resultado do teste mostrou que não existe associação significativa entre as variáveis (valor-p > 0,05).

Tabela 9: Associação entre os índices de (In)Segurança alimentar e Nutricional e as variáveis quantitativas.

EBIA*		Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor- p**
Idade (anos)	Segurança	18	78	43,2	40,0	15,5	0,996
	Leve	18	69	42,4	41,0	15,5	0,000
	Moderada	25	80	42,9	39,0	15,4	
	Grave	18	63	41,0	40,0	12,1	
Nº de pessoas	Segurança	1	9	3,7	4,0	1,6	0,800
	Leve	1	9	4,0	4,0	1,7	-,
	Moderada	1	9	4,2	4,0	2,1	
	Grave	1	7	3,7	4,0	1,8	
Nº de crianças	Segurança	0	5	0,9	0,0	1,2	0,072
	Leve	0	4	1,1	1,0	1,1	-,-
	Moderada	0	5	1,7	2,0	1,6	
	Grave	0	5	1,7	1,0	1,6	
Nº de pessoas que	Segurança	0	4	1,4	1,0	0,9	0,021**
trabalham	Leve	0	3	1,3	1,0	0,7	-,
	Moderada	0	5	1,2	1,0	1,2	
	Grave	0	2	0,8	1,0	0,6	
Salário (s.m.)	Segurança	0,9	10,0	2,0	2,0	1,6	0,003**
	Leve	0,8	3,0	1,4	1,0	0,6	-,
	Moderada	0,2	3,0	1,5	1,5	0,7	
	Grave	0,3	5,0	1,2	1,0	1,0	
Renda per capita (s.m.)	Segurança	0,15	2,50	0,61	0,50	0,44	0,029**
	Leve	0,10	1,00	0,43	0,40	0,23	-,3
	Moderada	0,01	1,30	0,44	0,35	0,30	
	Grave	0,10	1,70	0,44	0,25	0,43	

^{*} EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

Fonte: Elaboração própria.

^{**}Valor-p < 0,05

6 DISCUSSÃO

A média de idade encontrada em outros estudos referentes à (In)Segurança Alimentar e Nutricional foram similares. Um estudo realizado em todo o país entre os anos de 2010 e 2011 encontrou a prevalência de média de idade entre 31 e 59 anos (50,3%) (GODOY *et al,* 2014). Outro estudo, realizado no Mato Grosso – Brasil apresenta a faixa de idade entre 40 e 60 anos (SILVA; CEREDA, 2014). Este dado está de acordo com o estudo proposto, no que se refere à média de idade.

Em relação ao sexo, como pode ser observado nos resultados apresentados, houve predomínio do feminino entre os entrevistados também em um estudo realizado em Minas Gerais — Brasil, onde dos 1657 entrevistados sobre Segurança Alimentar e Nutricional 1177 (71,03%) eram do sexo feminino e 480 (28,96%) eram do sexo masculino (SOBRINHO *et al.*, 2014). Entretanto, observou-se em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul - Brasil que aproximadamente 57% dos entrevistados sobre Segurança Alimentar e Nutricional eram do sexo masculino; outro estudo que também apresenta esse predomínio masculino foi com usuários dos Restaurantes Populares no Brasil onde 59,1% eram do sexo masculino (SANTOS *et al.*, 2014; GODOY *et al.*, 2014).

Quanto ao número de moradores por domicilio, encontrou-se prevalência entre 3 e 4 moradores; fato este, registrado em outros estudos. Um trabalho desenvolvido em 2012 revelou que dos 250 domicílios pesquisados, 180 (72%) possuíam menos de 6 moradores e 70 domicílios (28%) tinham mais de 6 moradores (SOUZA *et. al.* 2012). Uma pesquisa sobre (In)Segurança Alimentar realizada no Paraná – Brasil revelou que 93 dos domicílios estudados, (22,1%) tinham 3 moradores ou menos, 149 (35,4%) tinham 4 moradores, 142 (33,7%) tinham 5 a 6 moradores e 37 (8,8%) possuíam 7 moradores ou mais (ANSCHAU *et. al,* 2012). Outro estudo sobre Segurança alimentar explicitou que 36% dos entrevistados tinham domicílios com até três pessoas, 15% até seis pessoas, e 5% mais de seis pessoas, ratificando o encontrado (SILVA; CEREDA, 2014). Assim, observasse que os estudos corroboram com um número médio de até 3 moradores por domicílio, conforme o encontrado no presente trabalho.

No presente estudo observou-se o predomínio da presença de crianças nos domicílios pesquisados (57,5% dos domicílios), corroborando com um trabalho sobre Insegurança Alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda, onde observou-se que 94,3% das famílias entrevistadas possuíam um ou mais morador com idade inferior a 18 anos, considerados dependentes (ANSCHAU *et. al,* 2012). Desta forma, o presente estudo encontra-se consonante a outros trabalhos.

Em relação ao número de indivíduos, dos domicílios visitados, que estavam trabalhando no momento da entrevista, observou-se a predominância de apenas 1 indivíduo trabalhando (53% dos domicílios). Semelhantemente, um estudo realizado por Anschau e cols. (2012), com 421 famílias sobre Insegurança Alimentar, evidenciou que 50,1% dos chefes de família encontravam-se desempregados ou em trabalho informal; assim como no estudo realizado no mesmo ano, por Traldi e cols. (2012), em São Paulo – Brasil, onde foi demonstrado que, 14% dos entrevistados trabalhavam formalmente, 40% trabalhavam informalmente e 30% estavam desempregados; explicitado que uma grande parcela dos chefes de família encontram-se em empregos informais ou desempregados, o que pode sugerir que os outros membros da família também se encontravam na mesma situação, levando a um pequeno número de indivíduos trabalhando no domicílio.

Os resultados apresentados em relação à renda mensal média, em salários mínimos, foi predominantemente de 1 a menos que 2 salários mínimos (em 59,7 % dos domicílios). De igual forma, um trabalho desenvolvido na Paraíba — Brasil explicitou que 195 famílias (78%) apresentavam a renda familiar maior que 1/2 Salário Mínimo e 55 famílias (22%) possuíam renda menor 1/2 Salário (SOUZA et. al. 2012). Resultados semelhantes, sobre insustentabilidade social envolvendo Segurança Alimentar, foram observados por Silva e Cereda (2014), onde se constatou que, 64% dos entrevistados recebem 1 salário mínimo, 19% recebem 2 salários mínimos e 17% com mais de 2 salários mínimos. Diferente disto, um estudo realizado no município de Araraquara — SP (Brasil), revelou que 64% das famílias estudadas possuem renda menor do que um salário mínimo e 36% recebem um salário mínimo ou mais (TRALDI et. al, 2012).

Quanto menor for a renda mensal média familiar, menor será renda per capita deste domicílio, ou seja, menos recursos financeiros serão disponíveis para o suprimento das necessidades de cada indivíduo da residência. Nos resultados apresentados neste estudo, 77 domicílios (57,5%) apresentaram renda domiciliar per capita menor que ½ salário mínimo. Corroborando com o encontrado, um estudo realizado, por Pedraza e cols. (2013), com famílias de crianças de creches públicas do estado da Paraíba – Brasil demonstrou que, dos 332 entrevistados, 266 apresentavam renda domiciliar per capita menor que 1/2 salário mínimo. Dados divergentes foram encontrados por Costa e cols. (2014 b), em um trabalho sobre segurança alimentar nos domicílios brasileiros em 2009, que demonstrou que 40% dos domicílios apresentaram renda per capita entre 1 e 3 salários mínimos, o que possivelmente se deve à inclusão dos dados dos estados do sul e sudeste que elevam a estatística de renda per capita. Ainda, contrário ao encontrado no presente estudo, uma pesquisa sobre situação de insegurança alimentar dos usuários dos Restaurantes Populares revelou que dos 1637 entrevistados cerca de 547 (35,06%) tinham renda domiciliar per capita entre ½ e 1 salário mínimo (GODOY et al, 2014). Vale ressaltar que a localidade estudada é uma região de vulnerabilidade social, na qual as pessoas possuem um menor acesso à renda. Uma menor renda per capita influi diretamente na diminuição do poder de compra de uma família, inclusive no que tange à aquisição de alimentos, favorecendo o surgimento da Insegurança Alimentar (NEDER et al, 2015; CABRAL et al, 2013). Segundo Monteiro e cols. (2014) a renda per capita familiar é: "um importante indicador capaz de estimar indiretamente a vulnerabilidade, a fome e a insegurança alimentar, evidenciada pelo grau de acessibilidade aos alimentos". De acordo com Pessanha (2004), a IAN no Brasil tem sua origem enraizada basicamente nas condições desiguais de renda e oportunidade.

Em relação ao recebimento de benefícios governamentais ou não (como cestas básicas, auxílio Bolsa Família, auxílio Brasil Carinho, programas de Transferência Condicionada de Renda, etc), 73,9% dos entrevistados declararam não receber. Do mesmo modo, um estudo realizado com 1.637 indivíduos em todo país revelou que 1473 indivíduos (89,98%) não estavam inscritos em programas de recebimento de benefício, sendo que dos que recebem benefício a maior percentual reside na Região Norte (17,3%) do país (GODOY *et al*, 2014). Na região nordeste,

especificamente no estado da Paraíba, um estudo com 332 famílias revelou que apenas 136 indivíduos (cerca de 40%) recebem beneficio (PEDRAZA et. al., 2013). Os benefícios sociais buscam reduzir as desigualdades sociais melhorando as condições de vida das populações, oferecendo acesso e inclusão social, objetivando garantir a proteção social e combater a pobreza (JACCOUD, 2013; COTTA; MACHADO, 2013). Desta maneira, espera-se que as famílias que recebem algum tipo de benefício não se encontrem em situação de Insegurança Alimentar, Como é o caso dos domicílios brasileiros beneficiados pelo programa Bolsa Família (IBASE, 2008).

Quanto a Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no presente trabalho, observou-se que 72 indivíduos (53,7%) revelaram não apresentar. Godoy e cols. (2014) encontraram em seu estudo a presença de morbidade em 36,5% da amostra, sendo hipertensão arterial a mais prevalente (17,5%). De igual forma, uma pesquisa feita no município de Araraquara, São Paulo - Brasil revelou que 51% dos entrevistados declararam que havia alguém em seu domicílio com alguma doença crônica, como diabetes e/ou hipertensão (TRALDI et. al., 2012). Num estudo realizado com 55 famílias de um assentamento observou-se que das doenças mais comuns a hipertensão foi uma das mais presentes (18%) (SILVA; CEREDA, 2014). Ressaltasse que os indivíduos com baixas condições econômicas estão mais sujeitos ao acometimento de doenças e maior probabilidade de adoecimento (COSTA et al, 2013). Entende-se que as condições de saúde dos indivíduos são afetadas diretamente por sua condição sócio-econômica (GEIB, 2012). De acordo com Vasconcelos (et al, 2015) existe uma correlação entre baixas condições sócio-econômicas (classe econômica e renda per capita) e a presença de doenças cônicas (DM e HAS), revelando associação destas doenças com Insegurança Alimentar.

Em relação à classificação da EBIA, 44 domicílios (32,8%) estavam em SAN enquanto 90 domicílios (67,2%) encontram-se em algum nível de IAN. Contudo, alguns estudos demonstraram a prevalência de SAN nas populações estudadas. Como no estudo feito em Minas Gerais – Brasil que explicitou que dentre os 1656 entrevistados cerca de 1198 (72,34%) encontravam-se em Segurança alimentar, enquanto apenas 458 (27,66%) encontram-se em algum nível de insegurança

alimentar, sendo 338 (20,4%) em IAN leve, 104 (6,3%) em moderada e 16 (0,96%) em IAN grave (SOBRINHO et al. 2014). Outra pesquisa realizada no interior do Rio de Janeiro - Brasil confirma a prevalência da SAN, a qual identificou que 35,6% das famílias avaliadas encontram-se em Insegurança Alimentar, insegurança alimentar leve, 6,9% insegurança alimentar moderada e 3,0% insegurança alimentar grave (BARROS et. al. 2013). No entanto, quando os resultados encontrados no presente estudo são comparados a outros estudos observa-se similaridade, como no estudo realizado no Ceará - Brasil, onde revelouse que das 200 famílias entrevistadas, 24 (12%) encontravam-se em situação de segurança alimentar, todavia, a maior parte da amostra apresentou insegurança alimentar (176 - 88%). Dentre os quais, 70 (35%) foram classificadas como insegurança alimentar leve (IAL); 57 (28,5%) como insegurança alimentar moderada (IAM) e 49 (24,5%) como insegurança alimentar grave (IAG) (AIRES et. al., 2012). Também um trabalho realizado por Pedraza e Sales (2014) avaliou que dos 332 famílias estudadas, 133 (40,07%) encontravam-se em segurança alimentar, enquanto as outras 199 (59,93%) estavam em algum nível de insegurança alimentar. 62,8% das famílias em IAN Leve, 19,6% IAN Moderada e 17,6% das famílias em IAN grave. Um estudo com 230 famílias no na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul - Brasil, encontrou que 91 famílias (39,6%) estavam em Segurança alimentar e 139 famílias (60,43%) conviviam com algum nível de insegurança, dos quais 112 (48,7%) em IAN Leve, 20 (8,7%) em IAN moderada, 7 (3,0%) em IAN grave (SANTOS et al. 2014). Outro trabalho que corrobora com estes resultados foi desenvolvido no Rio de Janeiro - Brasil e demonstrou que 53,7 % dos entrevistados encontrar-se em insegurança alimentar, sendo: 40% insegurança alimentar leve, 5,2% insegurança alimentar moderada, e 8,5 % insegurança alimentar grave (FALCAO et al. 2015). Desta forma, estes estudos permitem observar que apesar do país não estar mais inserido no mapa da fome por ter avançado na redução dos índices de fome e miséria, ainda pode-se concluir que muitas famílias enfrentam o problema da insegurança alimentar e nutricional e que este ainda apresenta muita força no cenário nacional, fazendo-se a intensificação das ações efetivas no combate à IAN.

Dentre os entrevistados no presente trabalho 87 (64,9%) encontram-se na classe econômica C. De igual forma um estudo realizado com 421 famílias revelou que todas as famílias encontravam-se nas classes econômicas C, D ou E, sendo 135

famílias (32,1%) encontravam-se na Classe C, 272 famílias (64,6%) na Classe D e 14 famílias (03,3%) Classe E (ANSCHAU *et. al.* 2012). Resultados semelhantes foram apresentados em um estudo realizado com 273 trabalhadores, onde pode ser observado que 45,1 % da amostra foi classificada como classe C1 (FALCAO *et. al.* 2015). A concentração de classe econômica no estrado C pode ser devida a baixa renda mensal e per capita encontrada nos domicílios.

Os resultados encontrados neste trabalho revelaram que 1 (0,7%) indivíduo encontrava-se em baixo peso, 40 (29,9%) em eutrofia e 93 (69,4%) em excesso de peso. De maneira similar, Godoy e cols. (2014) observaram em seu trabalho que a maioria dos usuários (49,8%) encontravam-se com excesso de peso e apenas 5,7% dos usuários apresentando baixo peso. Outro estudo realizado por Pedraza e cols. (2013) identificou baixa taxa de indivíduos em baixo peso, sendo que dos representantes das famílias avaliados (mães) 126 (37,9%) encontravam-se com excesso de peso (sobrepeso/obesidade) 177 (53,31%%) apresentam-se eutróficas e apenas 19 (5,72%) estão com baixo peso, não havendo informação do resto. A prevalência de excesso peso contrapõe-se ao esperado, já que a população estudada é uma população em vulnerabilidade social. Essa expectativa se justifica pelo prévio conhecimento de que, quanto menor a renda familiar, mais expressivo se torna o gasto com a alimentação, levando a um consumo mais restrito de alimentos chegando até em certas ocasiões à falta destes (SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2006). Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008/2009 revelam o peso da alimentação no orçamento das famílias brasileiras, as de baixa renda chegam a gastar 27,8% das despesas totais com alimentação, enquanto famílias com renda superior extrema gastam apenas 8,5% (IBGE, 2010). Assim, quanto melhor a condição financeira mais fácil se torna o acesso a uma alimentação adequada e em contrapartida a pobreza é um dos principais fatores que condicionam a subnutrição (HUAYTA; PASSADOR, 2012; SAGLIO-YATZIMIRSKY, 2006).

Um fator que hipoteticamente poderia explicar a prevalência de excesso de peso na população do presente estudo é o alto consumo de alimentos fonte de carboidratos (Arroz, macarrão, pão, inhame, etc) quando comparado ao consumo de fontes de Proteínas (carnes, ovos, leites e derivados), além do possível tempo prolongado de jejum que leva a uma redução da taxa de metabolismo, já que o organismo tenta

poupar energia para continuar exercendo funções vitais (D'SOUZA-LI, 2009). A alta taxa de sobrepeso pode ser associada à monotonia da dieta e alto consumo calórico da alimentação realizada por populações com baixas condições sócio-econômicas (VASCONCELOS et. al. 2015).

Os dados referentes ao consumo alimentar avaliado por meio do Questionário de Freqüência Alimentar (QFA) nos permitem observar que os indivíduos do presente estudo encontram-se aquém do recomendado pelas Referências de Ingestão Diária (Dietary Reference Intakes -DRI's) (VERLY JUNIOR *et al.* 2013). Isso se evidencia quando comparadas às porções ingeridas pela amostra com as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2008).

A recomendação de ingestão do grupo de Carboidratos, 'Arroz, macarrão, pão, inhame', é de 6 porções por dia o que correspondente de 45% a 65% da energia total diária de alimentação, todavia observa-se que o consumo médio foi de no máximo 3 porções ao dia, levando a pensar que a maioria dos indivíduos realiza em média 3 refeições ao dia. Entretanto, ainda assim, este foi o grupo alimentar consumido com maior frequência pela população estudada, possivelmente obtendo um percentual de energia total da alimentação, maior que o recomendado.

Assim como o encontrado no referente trabalho, um estudo realizado com triadores de material reciclável em Minas Gerais revelou que 26% deles consumiam Carboidratos acima da recomendação (OLIVEIRA et al., 2011). De acordo com Vasconcelos e cols. (2015), as famílias em situação de insegurança alimentar habitualmente consomem dietas ricas em carboidratos simples e açúcares, sendo conduzidas ao excesso de peso e a presença de doenças crônicas. O alto consumo de carboidratos é algo histórico se considerarmos que são provenientes de alimentos de baixo custo e mais fáceis de serem obtidos do que aqueles ricos em proteína, tornando mais acessível a toda a população (SOUSA; MIRANDA-NETO, 2007). De acordo com Ferreira e Magalhães (2007) a população de baixa renda consegue as calorias necessárias, por meio de alimentos ricos em gorduras e carboidratos, que possuem alta densidade calórica e um menor custo.

Em relação a 'Produtos Integrais' há um baixo consumo, assim como o de 'Frutas' que não atingiu a recomendação diária, de 3 porções. Já o consumo de 'Verduras' e 'Legumes' encontra-se pareado à recomendação de 3 porções (BRASIL, 2008), sendo o consumo de 'Frutas' para 19,4% (n= 26) entre 2 a 4 vezes por semana, o de 'Verduras' de 2 a 3 vezes por dia para 24,6% (n= 33) do grupo, 'Legumes' de 2 a 3 vezes por dia para 22,4% (n= 30) da população, e os 'Produtos Integrais' não são consumidos por 67,9% (n= 91) das famílias. Entretanto, apesar do consumo de 'Verduras' e 'Legumes' estar próximo ao recomendado ainda imaginasse que o consumo de fibras alimentares esteja aquém do desejável.

Oliveira e cols. (2011) observaram um baixo consumo de Frutas e Hortaliças em seu trabalho, o que indica uma ingestão insuficiente de fibras apresentando correlação com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A ingestão insuficiente desses grupos alimentares está associada ao desenvolvimento de doenças (MENDES; CATÃO, 2010). De acordo com Santos e cols. (2013) existe um baixo consumo de Frutas, Legumes e Verduras entre todas as classes sociais da população brasileira, o que pode conduzir ao acometimento de sobrepeso e obesidade, já que existe correlação entre o baixo consumo de fibras e carboidratos complexos (nos quais estes alimentos são ricos) e excesso de peso.

Quanto ao consumo de 'Refrigerante' observa-se que não foi expressivo, já que 38,1% (n= 51) não consumiam. Concordando com o encontrado, na Paraíba desenvolveu-se um estudo no qual se observou um maior consumo de refrigerantes nas classes econômicas mais altas (A1, A2 e B1) o que foi justificado pelo custo elevado em relação aos outros alimentos analisados (NUNES *et al.*, 2007).

Houve um alto consumo de café, fazendo parte do consumo diário de 64,9% (n= 87) da população, sendo para alguns, mais de uma vez ao dia. O consumo de café pela população da classe C aumentou em 14% nos últimos 6 anos (UnB, 2011). De acordo com Paula e cols. (2015) o café pode "ser uma possível fonte de antioxidante dietético, o seu consumo poderia contribuir para prevenir ou adiar o início de doenças degenerativas".

Quanto ao consumo de 'Peixes', 'Aves', 'Carnes' e 'Ovos' nota-se que ficou abaixo do recomendado. De acordo com o Guia Alimentar Para a População Brasileira, a recomendação de consumo de peixes, aves, carnes e ovos é de 1 porção diária, porém observou-se que o consumo médio de 'Peixes' foi de 1 a 3 vezes por mês ou inexistente para 46,3% (n= 62), as 'Aves' encontravam-se dentro da recomendação em apenas 44,8% (n= 60) das famílias sendo consumidas entre 1 e mais de 3 vezes ao dia, as 'Carne Magra' (sendo as carnes vermelhas) foram consumidas dentro da recomendação por apenas 36,5% (n= 49) da população, os 'Ovos' tiveram um baixo consumo já que somente 44% (n= 59) das famílias atingiram ou ultrapassaram o recomendado, indicando que a presente população possui um aporte proteico inferior ao necessário (BRASIL, 2008).

Como encontrado no presente estudo, Oliveira e cols. (2011) também observaram um consumo inadequado de carnes, sendo este insuficiente, em uma população de baixa renda. Araújo e cols. (2007) destacaram, em seu estudo, o consumo de frango, em 12,5%, como sendo a carne mais consumida. Esse consumo preferencial da carne de frango pode ser atribuído ao menor custo da mesma (ZEN *et al.*, 2008). É importante relatar, que alguns dos participantes da presente pesquisa, quando questionados sobre o consumo de carne respondiam: "Quase não como, é muito cara", ou faziam alguma alusão ao alto custo deste alimento, o que impossibilitava o consumo.

Contudo, sabe-se que as carnes, principalmente a vermelha, são fontes de proteínas de alto valor biológico, ricas em vitaminas do complexo B e em Ferro e os peixes além das proteínas possuem ômega-3 que auxilia na proteção do sistema circulatório, de tal modo o baixo consumo destes alimentos pode levar ao acometimento de patologias (SCHNEIDER, 2010).

Já, quanto ao consumo de 'Leite e derivados' a recomendação é de 3 porções diárias (BRASIL, 2008). Todavia, o consumo de 2 a mais de 3 vezes por dia ocorreu em apenas 37,3% (n= 50) da população, revelando-se abaixo do recomendado. Concordando com os dados encontrados OLIVEIRA e cols. (2011) também observou uma ingestão insuficiente de leite e derivados. De igual modo, encontrou-

se um consumo insuficiente de leite e derivados por adolescentes de baixa renda em São Paulo (QUARANTA; NAVARO, 2010).

Quanto ao consumo de Lipídios, em geral, se encontra adequado, já que de acordo com o Guia Alimentar Brasileiro o consumo de Óleos e Gorduras deveria ser 1 porção por dia, correspondendo de 20% a 35% da energia total diária de alimentação (BRASIL, 2008; VERLY JUNIOR *et al,* 2013). No atual estudo o grupo de 'Cachorro quente, hambúrguer, pizza' não foi consumido por 43,3% (n= 58) das famílias, 'Carne Gorda' não foi consumido por 51,5% (n= 69) da população, o grupo das 'Frituras em geral' não foi consumido por 26,9% (n= 36), 'Manteiga, creme de leite, maionese' teve um consumo mais expressivo, sendo consumida por 44,8% (n= 60) entre 1 a 3 vezes por dia, o 'Óleo vegetal' não foi consumido por 32,8% (n= 44), e o 'Azeite' não é consumido por 41,8% (n= 56). Observa-se que dentre os grupos presentes que englobam os Lipídios, os mais consumidos foram 'Manteiga, creme de leite, maionese', que geralmente é utilizado no pão (café da manhã e tarde). Já o baixo uso de óleo vegetal, talvez seja devido à utilização de outras fontes de gordura (animal) no preparo das refeições (almoço e jantar).

Divergindo com os resultados encontrados, Oliveira e cols. (2011) relatam em estudo, um consumo de lipídios superior ao recomendado. Em oposição ao encontrado no referente trabalho, um estudo realizado no município de Ilhabela, São Paulo, com estudantes de baixo nível socioeconômico, observou um consumo de lipídios acima recomendação para 47% da população (LEAL *et al.*, 2010).

De forma geral o consumo dos grupos de alimentos ricos em sal (sódio), não foi expressivo. O grupo de 'Sopas Prontas' não foi consumido por 42,5% (n= 57) da população, "Enlatados (milho, ervilha ...)' não são consumidos por 43,3% (n= 58) das famílias, e o grupo de 'Temperos prontos" não é consumido por 57,5% (n= 77) dos indivíduos. O alto consumo de alimentos ricos em sal está associado a ocorrência de doenças cardiovasculares (SANTOS *et al.* 2013).

Em relação às variáveis associadas às categorias de SAN, observou-se diferença significativa no número de pessoas que trabalham no domicílio (p= 0,021), no número de salários mínimos recebidos (p= 0,003) e na renda per capita domiciliar

(p= 0,029). Quanto ao número de pessoas que trabalham no domicílio uma pesquisa desenvolvida em Minas Gerais – Brasil sobre fatores determinantes da IAN revelou uma associação estatística entre os indivíduos que não trabalhavam no momento da entrevista e IAN (SOBRINHO *et al.* 2014), possibilitando entender que isto talvez se desse por ser um membro a menos do domicílio trabalhando e gerando renda. Podendo indicar que quanto menor o número de indivíduos que trabalham num domicílio, menor a renda do mesmo e menor o poder de compra de alimentos o que pode conduzir a condição de IAN.

Quanto à associação do número de salários mínimos recebidos no domicílio e os níveis de SAN, um estudo sobre (In) Segurança alimentar em famílias de préescolares revelou associação estatística entre IAN e renda familiar mensal (AIRES et al. 2012). De acordo com Godoy e cols. (2014) em seu trabalho, ocorre um aumento nas chances do indivíduo estar em IAN de maneira inversamente proporcional à sua renda, pois observou-se que os que recebiam renda menor que ¼ do salário mínimo apresentavam 3,67 vezes mais chance de estarem em situação de IAN do que os indivíduos com renda maior que dois salários mínimos. Segundo Cotta e Machado (2013) quanto menor a condição econômica de um domicílio maior a proporção gasta com a alimentação.

Em relação à renda per capita domiciliar e os níveis de SAN, uma pesquisa desenvolvida por Costa e cols. (2014 b) demonstrou que a maioria dos domicílios em IAN apresentavam renda per capita menor que meio salário mínimo, de acordo com o pesquisador: "As chances de os domicílios estarem em situação de segurança alimentar aumentam com os estratos de renda per capita". Sobrinho e cols. (2014) também identificaram a prevalência de IAN de forma significativamente elevada entre os indivíduos com menor renda per capita, segundo ele: "o aumento de R\$1,00 na renda per capita das pessoas residentes no domicílio diminuiu em 0,1% a chance de estar em condições de IAN". Outro estudo revela que existe associação entre IAN e menor renda *per capita*, já que quanto menor a renda per capita maior a chance de um domicílio apresentar IAN moderada e grave, devido a restrição qualitativa e quantitativa alimentar (ANSCHAU *et. al.* 2012; COTTA; MACHADO, 2013). Uma pesquisa feita por Rosa e cols. (2012) demonstrou que havia associação entre a condição de IAN e a renda per capita, havendo uma relação inversamente

proporcional, pois nos domicílios com renda *per capita* maior que um salário mínimo as taxas de IAN grave foram de apenas 2,8%, enquanto nos domicílios com renda per capita inferior os percentuais de IAN grave chegaram até 34,1%. Outro trabalho, realizado por Pedraza e cols. (2013) explicitou que 70% das famílias com renda per capita menor que meio salário-mínimo apresentavam-se em condições de IAN, das quais 14,7% em IAN grave, a renda per capita menor que meio salário-mínimo aumentou 5,94 vezes a chance das famílias estarem em situação de IAN, revelando associação inversamente proporcional entre a renda *per capita* e a IAN. De acordo com Hoffmann (2008), o determinante de IAN, no Brasil, mais importante é a renda domiciliar per capita.

Apesar de não ter sido encontrada associação estatística no presente estudo, outros estudos demonstram que há associação estatistica significante entre IAN e: número de moradores no domicílio, classe socioeconômica, domicílios com presença de menores de 18 anos e o recebimento de benefícios. Aires e cols. (2012) observaram associação estatística entre a prevalência de IAN e o número de moradores no domicílio; assim como Rosa e cols. (2012) que definiram a relação direta do número de pessoas no domicílio com a IAN, pois em domicílios compostos por 3 ou 4 pessoas observou-se uma proporção de 16,8% de IAN moderada e grave e em domicílios com 5 a 6 pessoas a proporção passa a 26,8%; da mesma forma que Sobrinho e cols. (2014) que revelaram que o aumento de apenas uma pessoa no domicílio já é suficiente para aumentar em 12,0% a chance do mesmo encontrar-se em IAN, pois o aumento do número de indivíduos no domicílio eleva a necessidade dos recursos financeiros para a aquisição de alimentos, aumentando a prevalência de IAN domiciliar. Em relação a associação de IAN com classe econômica, os mesmos autores, encontraram prevalência de IAN significativa em indivíduos da classe econômica C, porquanto os indivíduos da classe socioeconômica C possuem chance 1,45 vezes maior de estarem em situação de IAN do que os que se encontram na classe A e B, enquanto os que estão na classe D e E possuem uma chance de 2,33 vezes maior de apresentarem IAN do que os que estão na classe A e B; de acordo com Anschau e cols. (2012) a chance de um domicílio apresentar IAN moderada e grave aumenta conforme se reduz a classe econômica, nas classes econômicas D ou E a chance de apresentar situação de apresentar IAN moderada e grave foi 2,88 vezes maior do que na classe C. Quanto à presença de menores de 18 anos nos domicílios os autores do estudo anterior, observaram, que a presença de menores de 18 anos no domicílio relaciona-se maior freqüência de IAN, pois nos domicílios com apenas adultos os índices de SAN foram duas vezes maiores dos que os apresentados em domicílios com menores de 18 anos; da mesmo forma Santos (*et al.* 2014) coloca que nos domicílios que possuíam menores de 18 anos a IAN foi presente em 2/3 dos indivíduos (64,2%), presente em sua forma grave em 14,5% dos domicílios. Referente ao recebimento de benefícios Pedraza e cols. (2013) revelaram haver associação estatística entre ser beneficiário de um programa e estar em SAN.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação aos objetivos traçados por esta pesquisa, todos foram alcançados: As Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que contemplem a garantia constitucional de acesso a uma alimentação saudável como sendo um direito social foram identificadas;

A situação socioeconômica das famílias inseridas no estudo foi caracterizada, demonstrando prevalência de famílias inseridas na classe C (64,9%);

As prevalências de cada modalidade de Insegurança Alimentar foram determinadas por meio da EBIA, revelando uma alta quantidade de famílias em IAN (67,2%);

O estado nutricional de um representante da família foi avaliado revelando alta taxa de excesso de peso (69,4%) e os hábitos alimentares das famílias estudadas foram determinados demonstrando estar bem aquém do recomendado.

Este trabalho revela uma clara associação entre os níveis de (In)Segurança Alimentar e Nutricional e o número de indivíduos que trabalham no domicílio, renda domiciliar e renda *per capita*. Demonstrando que quanto mais indivíduos de uma residência trabalham, maior a renda gerada conduzindo a uma situação de segurança alimentar. Assim vê-se a importância da geração de emprego e renda no combate à IAN.

Explicitando que as Políticas Públicas votadas a Alimentação e Nutrição e a SAN devem priorizar ações que produzam geração de emprego e aumento de renda dos domicílios, no sentido de reduzir os níveis de fome e pobreza e minimizar os efeitos da Insegurança Alimentar e Nutricional.

8. REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil.** Disponível em:

<www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>. Acessado em 22 de Maio de 2014.

ACCORSSI, A. et. al. A naturalização da pobreza: reflexões sobre a formação do pensamento social. *Psicol. Soc.* vol.24, n.3, pp. 536-546. 2012.

AIRES, J.S. et. al. (In) Segurança alimentar em familias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *Acta paul. enferm.* v.25, n.1, pp. 102-108. 2012.

ALBUQUERQUE, M.F.M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. Rev. de Nutrição. v. 22, n.6, pp. 895-903. 2009.

ALVES, K.P.S. e JAIME, P.C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciênc. saúde coletiva.* vol.19, n.11, pp. 4331-4340. 2014.

AMORIM, F.C.L. e ALMEIDA, M.D. **A política de capitalização latifundiária da reforma agrária no Vale do Rio São Francisco:** um estudo no projeto de assentamento Catalunha (PE, Brasil, 1980-1998). *Rev. Hist. UEG.*- Anápolis, vol.4, n.1, pp. 83-97. 2015.

ANSCHAU, F.R. et. al. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. Rev. Nutr. v.25, n.2, pp. 177-189. 2012.

ANDLAUER, W.; FÜRST, P. **Nutraceuticals:** a piece of history, present status and outlook. *Food Research International*. v. 35, p. 171-176, 2002.

ANDRADE, L.C. A resposta brasileira aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: o papel do governo nacional e o envolvimento de governos subnacionais. Rev. Estudos Internacionais. vol. 2 n. 2. p. 291-320. 2014.

ANDRADE, M.V. et. al.. Income transfer policies and the impacts on the immunization of children: the Bolsa Família Program. Rev. Cad. Saúde Pública. vol.28, n.7, pp. 1347-1358. 2012.

ANJO, D.L.C. **Alimentos funcionais em angiologia e cirurgia vascular.** *Jornal Vascular Brasileiro*. v. 3, n. 2, pp. 145- 154, 2004.

ANJOS, L.A. e BURLANDY, L. Construção do conhecimento e formulação de políticas públicas no Brasil na área de segurança alimentar. *Ciência de saúde coletiva.* vol. 15, n.1, pp. 19-22. 2010.

ANSCHAU, F.R. et. al. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. Rev. Nutr. vol.25, n.2, pp. 177-189. 2012.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação às indústrias de Alimentos** - 2º Versão. Universidade de Brasília – Brasília. *Ministério da Saúde*, 2005.

ARAI, S. Functional Food Science in Japan. *Biofactors* 2000.

ARANHA, A.V. **Fome Zero:** Uma História Brasileira. Brasília. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.* Assessoria Fome Zero, v. 1. 2010.

ARAUJO, F.A.L.V. et al;. Aspectos alimentares e nutricionais dos usuários do "restaurante popular Mesa do Povo". Revista de Saúde social. v.16, n.1, pp. 117-133. 2007.

BALABAN, G. e SILVA, G.A.P. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de uma escola da rede privada de Recife.** Rev. *J. Pediatr.* v.77, n.2, pp. 96-100. 2001.

BARROS, M.S. et. al. Excesso de peso entre adolescentes em zona rural e a alimentação escolar oferecida. Cad. saúde colet. v.21, n.2, pp. 201-208. 2013.

BELAIDI, R. **Redistribuir pelo Direito?** O discurso de algumas organizações internacionais sobre o acesso a terra. Conflu*ências: Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*. vol. 16, n. 2, pp. 95-106. 2014.

BELIK, W. A Política Brasileira de Segurança Alimentar e Nutricional: concepção e resultados. Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, pp. 94-110, 2012.

BELIK, W. e CORREA, V.H.C. **A Crise dos Alimentos e os Agravantes para a Fome Mundial.** *Rev. Mundo Agrário.* vol. 14, n. 27, 2013.

BIANCHINI, V. e MEDAET, J.P.P. **Da Revolução Verde a Agroecologia:** Plano Brasil Agroecológico. *Ministério do Desenvolvimento Agrário*. 2013. Disponível em: < http://www.mda.gov.br/portalmda/sites/default/files/user_arquivos_195/Brasil%20Agroecol%C3%B3gico%2027-11-

13%20Artigo%20Bianchini%20e%20Jean%20Pierre.pdf>. Acesso em 12 de agosto 2015.

BLISKA, F.M.M. *et al*, **A propagação da fome no mundo:** questão financeira, tecnológica ou política?. *Rev. Ceres.* 2009.

BONOMO, É, et al.; Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. Rev. *Caderno de Saúde Pública*. v. 19, n.5, pp. 1461-1471. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF. *Senado Federal: Centro Gráfico*, 1988.

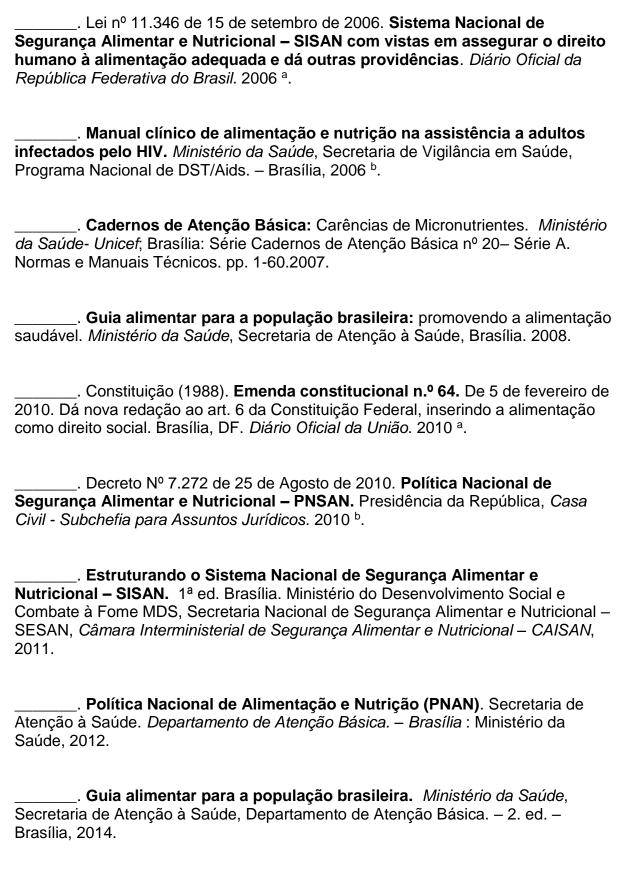
Resolução n. 18 de 30 de abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico
que Estabelece as Diretrizes Básicas para Análise e Comprovação de
Propriedades Funcionais e ou de Saúde alegadas em Rotulagem de Alimentos
Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1999.

Lei nº 10.683 de 28 de maio de 2003. **Organização da Presidência da República e dos Ministérios**. *Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos*. 2003.

_____. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea). Il Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 17-20 março, 2004. Brasília: *Consea*; 2004 ^a.

_____. Lei 10.836 de 9 de Janeiro de 2004. **Programa Bolsa Família**. Presidência da República, *Casa Civil – Subchefia de Assuntos Jurídicos*. 2004 b.

_____. Decreto nº 5.209 de 17 de Setembro de 2004. **Regulamenta a Lei 10.836 que cria o Programa Bolsa Família.** Presidência da República, *Casa Civil* – *Subchefia de Assuntos Jurídicos*. 2004 °.



BRONHARA, B. e VIEIRA, V.C.R. **Proporcionalidade corporal na avaliação antropométrica de adolescentes pós-menarca**. *Rev. de Nutrição*. v.20. n.1, pp. 27-37. 2007.

BURITY, V. et. al. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: ABRANDH, pp. 1- 204. 2010.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. *Ciênc. saúde coletiva.* vol.14, n.3, pp. 851-860. 2009.

______, L. et. al,. Mediações entre conceitos, conhecimento e políticas de alimentação, nutrição e segurança alimentar e nutricional. *Rev. Nutr.* vol.25, n.1, pp. 9-20. 2012.

CABRAL, M.J. et al. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. Estud. av. v.27, n.78, pp. 71-87. 2013.

CABRAL, N.A.L. **Alimentação, Nutrição e a Saúde da Família**: alimentação e nutrição no Brasil e as ações governamentais. *UNA-SUS/UFMA:* Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014.

CAISAN - Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015.** Brasília: *CAISAN*; 2011.

CANELLA, D.S. et. al.. Densidade Energética de Refeições Oferecidas em Empresas Inscritas no Programa de Alimentação do Trabalhador no Município de São Paulo. Rev. Nutr. vol.24, n.5, pp. 715-724. 2011.

CARVALHO, D.B.B. *et al.* **Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil.** *Epidemiol. Serv. Saúde.* vol.20, n.4, pp. 449-458. 2011.

CARVALHO, P.G.B. *et. al.* Hortaliças como alimentos funcionais. *Hortic. Bras.* vol.24, n.4, pp. 397-404. 2006.

CARVALHO, A.T. et. al. Métodos de Análise em Programas de Segurança Alimentar e Nutricional: uma experiência no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. vol.18, n.2, pp. 309-321. 2013.

CARVALHO, L.R.T. e ROCHA, D.G. Programa de Aquisição de Alimentos: a Lente Bioética na Segurança Alimentar. *Rev. Bioét.* vol.21, n.2, pp. 278-290. 2013.

CASTRO, T.G. et. al. Características de gestão, funcionamento e cardápios do Programa Nacional de Alimentação Escolar em escolas Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Cad. Saúde Pública. vol.30, n.11, pp. 2401-2412. 2014.

COELHO, L.C. *et al.* **Food and Nutrition Surveillance System/SISVAN**: getting to know the feeding habits of infants under 24 months of age. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* vol.20, n.3, pp. 727-738. 2015.

COLUCCI, A.C.A *et. al.*. Relação entre o consumo de açúcares de adição e a adequação da dieta de adolescentes residentes no município de São Paulo. *Rev. Nutr.* vol.24, n.2, pp. 219-231. 2011.

COMASSETTO, B.H. et. al. **Nostalgia, Anticonsumo Simbólico e Bem-Estar**: a Agricultura Urbana. *Rev. adm. empres.* vol.53, n.4, pp. 364-375. 2013.

CONSEA- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional** — por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório final. Fortaleza: *Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*; 2007.

Alime	entação Adequada e S	Saudável: Direito de tod	os. 4ª Conferência
Nacional de Seg	gurança Alimentar e Νι	<i>utricional.</i> Documento de	Referência. 2011.
Apres	sentação . 2014 Dispo	onível em:	
<http: td="" www4.pla<=""><td>analto.gov.br/consea/a</td><td>cesso-a-</td><td></td></http:>	analto.gov.br/consea/a	cesso-a-	

informação/institucional/apresentação>. Acessado no dia 14 de agosto de 2015.

CORDEIRO, M.M. et. al. Overweight in Goiás'quilombola students and food insecurity in their families. Rev. Nutr. vol.27, n.4, pp. 405-412. 2014.

COSTA, E.A.O. *et al.* **Doença Crônica da Criança:** necessidades familiares e a relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol.34, n.3, pp. 72-78. 2013.

COSTA, C.A. e BOGUS, C.M. Significados e apropriações da noção de segurança alimentar e nutricional pelo segmento da sociedade civil do

Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Saude soc. vol.21, n.1, pp. 103-114. 2012.

COSTA, L.A. et. al.. Capacidade de Resposta de Bancos de Alimentos na Captação, Distribuição e Redução de Desperdício de Alimentos. Rev. Bahia. Saúd. Públ. vol. 38, n.1, pp.30-48. 2014 a.

COSTA, L.V. et. al. Fatores associados à segurança alimentar nos domicílios brasileiros em 2009. Rev. Economia e Sociedade, Campinas, vol. 23, n. 2, pp. 373-394, 2014 b.

COTTA R.M.M e MACHADO J.C. **Programa Bolsa Família e Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil:** revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013.

COZZOLINO, S. **Nutracêuticos:** o que Significa?. *ABESO*, 2012.

CUNHA, J.R.F. e SCARPI, V. **Os direitos econômicos, sociais e culturais:** a questão da sua exigibilidade. *Rev. Direito, Estado e Sociedade.* n.31 pp. 69-85. 2007.

CUSTÓDIO, M.B. *et al.* **Segurança Alimentar e Nutricional e a Construção de sua Política:** uma visão histórica. *Rev. Seg. Alim. e Nutri.*, Campinas, v. 18, n. 1, pp. 1-10, 2011.

_____ Política de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos. Rev Panam Salud Publica. p. 144–50. 2013.

CRUZ, P.J.S.C. e MELO NETO, J.S. **Educação popular e nutrição social:** considerações teóricas sobre um diálogo possível. *Interface (Botucatu)*. vol.18, suppl.2, pp. 1365-1376. 2014.

DAB - Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. 2015. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnan.php>. Acessado em 22 de Março de 2015. (DAB, 2015 ^a).

DAB - Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do PNAN**. 2015. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/diretrizes_pnan.php >. Acessado em 22 de Março de 2015. (DAB, 2015 b).

D'ÁVILA, C.A.R. e SILVA, S. P. **Segurança alimentar e desenvolvimento local:** uma análise dos resultados do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) em Minas Gerais. *Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2011.

D'SOUZA-LI, L. **Síndrome metabólica e obesidade: é melhor prevenir desde a infância.** *ComCiência.* n.109. 2009.

ELIAS, N. e SCOTSON, J.L. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: *Jorge Zahar*, 2000.

FAO - Food and Agriculture Organization/ WHO -World Health Organization/ UNU - United Nations University. **Energy and Protein Requirements.** *WHO Technical Report Series 724*, Geneva: WHO. 1985

Declaração de Roma sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Ação da Cimeira Mundial da Alimentação. 1996. Disponível em: http://www.fao.org/docrep/003/w3613p/w3613p00.htm >. Acesso em 11 de agosto 2015.
O Estado da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Um retrato nultidimensional. Relatório 2014. Brasília. 2014 ª.
IFAD and WFP. The State of Food Insecurity in the World 2014. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition. Rome, FAO. 2014 b.

_____FAO BRASIL. Disponível em: https://www.fao.org.br/quemSomos.asp. Acesso em 11 de agosto 2015. 2015 ^a.

_____ "O Brasil saiu do mapa da fome pelo fruto de uma decisão política". Disponível em: < https://www.fao.org.br/Bsmfpfdp.asp>. Acesso em 14 de agosto 2015. 2015 b.

FALCAO, A.C.M.L. *et. al.* Association of socioeconomic, labor and health variables related to Food Insecurity in workers of the Popular Restaurants in the city of Rio de Janeiro. *Rev. Nutr.* vol.28, n.1, pp. 77-87. 2015.

FAPESP - Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paula. **Segurança Alimentar e Nutricional:** da Quantidade à Qualidade. 2012. Disponível em: http://www.fapesp.br/7192 >. Acesso em 12 de agosto 2015.

FARAH, M. Governo Local, Políticas Públicas e Novas Formas de Gestão Pública no Brasil. *Organizações & Sociedade*, América do Norte, 2000.

FERREIRA, V.A. e MAGALHAES, R. **Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais.** *Rev. Caderno Saúde Pública*. vol. 23, n.7, pp. 1674-1681. 2007.

FERREIRA VINHAS, A.L. (In)segurança Alimentar no Brasil: uma análise das políticas públicas dos governos de Lula. *Rev. Cuad. geogr.* n.19, pp. 177-186. 2010.

FREI BETO. A Fome como Questão Política. Estudos Avançados. 2003.

FREIRE, A.O.G. Intelectuais, democratização e combate à pobreza no Brasil contemporâneo. Rev. Bras. Hist. vol.33, n.65, pp. 111-133. 2013.

FREIRE, M.C.M. et.al.. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. *Cad. Saúde Pública*. vol.28, suppl., pp.20-29. 2012.

GEIB, L.T.C. **Determinantes sociais da saúde do idoso.** *Ciênc. saúde coletiva.* vol.17, n.1, pp. 123-133. 2012.

GELINSKI, C.R.O.G. e SEIBE, E.J. **Formulação de Políticas Públicas:** Questões Metodológicas Relevantes. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. I e 2, p. 227-240, 2008.

GODOY, K.C. *et al.* **Perfil e Situação de Insegurança Alimentar dos Usuários dos Restaurantes Populares no Brasil**. *Rev. Cad. Saúde Pública*. vol.30, n.6, pp. 1239-1249. 2014.

GRANDO, M.Z. e FERREIRA, G.S. **O Programa de Aquisição de Alimentos e sua relação com o Rio Grande do Sul.** *Indic. Econ. FEE*, Porto Alegre, vol. 41, n. 1, pp. 135-148, 2013.

HAGENAARS, A. e De VOS K.. **The definition and measurement of poverty.** *The Journal of Human Resources*, pp. 211-221, 1988.

HASLER, C.M. e BROWN, A.C. **Position of the American Dietetic Association:** Functional foods. *J Am Diet Assoc.* 2009.

HENRIQUES, F.S. **A revolução verde e a biologia molecular**. *Rev. de Ciências Agrárias*. vol.32, n.2, pp. 245-254. 2009.

HOFFMANN, R. **Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil:** análise dos dados da PNAD de 2004. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 49-61, 2008.

HUAYTA, V.M.R e PASSADOR, C.S. **Transferência Condicionada de Renda e Segurança Alimentar em Espaços Rurais:** Uma Análise do Programa "Juntos" na Comunidade Indígena de Pilpichaca, no Peru. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania.* v. 17, n.60. 2012.

IBASE - Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas. Documento Síntese. *FINEP*. 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD Segurança Alimentar 2004/2009.** Rio de Janeiro; 2010.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. PNAD Segurança Alimentar 2013. *Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão.* Rio de Janeiro; 2014.

IDESBRE - Instituto de Desenvolvimento Sócio Econômico dos Trabalhadores de Baixa Renda. **Projeto Bom de Bola 10 na Escola**. Disponível em: /www.idesbre.com.br/#!bomdebola/c1kuk>. Acessado em: 21 de Outubro de 2014.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio:** Relatório Nacional de Acompanhamento. *Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos;* supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

JACCOUD L. **Programa Bolsa Família:** proteção social e combate à pobreza no Brasil. *Revista do Serviço Público Brasília*. 64 (3); pp. 291-307; 2013.

KAC, G. et. al. A criação da área "nutrição" na Capes. Rev. Nutr. vol.24, n.6, pp. 905-916. 2011.

KWAK, N.; JUKES, D. J. **Functional foods**. Part 1: the development of a regulatory concept. *Food Control*. v. 12, p. 99-107, 2001.

LEAL, G.V.S. *et al.* Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia.* v.13, n.3, pp. 457-467. 2010.

LEÃO, M. O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional . Brasília: *ABRANDH*, pp. 1-263. 2013.

LEÃO, M. e MALUF, R.S. **A Construção Social de um Sistema Público de Segurança Alimentar e Nutricional:** a Experiência Brasileira – Brasília: *ABRANDH*, 2012.

MARIN-LEON, L. et. al.; A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. Rev. Caderno de Saúde Pública. v. 21, n.5, pp. 1. 2005.

MARQUES, E.S. et. al. Representações sociais sobre a alimentação da nutriz. Ciência de saúde coletiva. vol.16, n.10, pp. 4267-4274. 2011.

MARSHALL, T.H. Cidadania Classe social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1967.

MARTINEZ, M.F. et. al.. Validity and reproducibility of a food frequency questionnaire to assess food group intake in adolescents. Cad. Saúde Pública. vol.29, n.9, pp. 1795-1804. 2013.

MARTINS, A.P.B. *et. al.* **Participacao crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009).** *Rev. Saúde Pública* . vol.47, n.4, pp. 656-665. 2013.

MATTEI, L. et. al. Colocando a fome na agenda pública brasileira: A ação do Estado, do Banco Mundial e das organizações não governamentais. Cadernos de Pesquisa. 1997.

MAZZA, G. **Alimentos funcionales**: aspectos bioquímicos y de procesado. Zaragoza: *Editora Acribia*, 2000.

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Feiras Livres da Agricultura Familiar:** Roteiro de Implantação 2007. Acesso em 04 de Junho de 2015. Disponível em:

http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/equipamentos/feirasemercados/arquivos/feirasemercados/feirasemerca

implantacao.pdf/download.%20Acesso%20em%20nov%202010>. 2007.

Manual para execução do Programa Cisternas: Operacionalização do Programa e Orientações ao Proponente. Primeira Água/ Água para beber e cozinhar. SESAN - Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. 2011.
Bolsa Família. Acesso em 04 de Junho de 2015. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia . 2015 a.
Ação de Distribuição de Alimentos a Grupos Populacionais Específicos. Acesso em 04 de Junho de 2015. Disponível em: http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/cestas-de-alimentos >. 2015 b.
Cozinhas Comunitárias. Acesso em 04 de Junho de 2015. Disponível em

MENDES, K.L. e CATÃO, L.P. Avaliação do Consumo de Frutas, Legumes e Verduras por Adolescentes de Formiga – MG e sua Relação com Fatores Socioeconômicos. *Revista Alimentos e Nutrição.* v. 21, n. 2, p. 291-296. 2010.

MONTEIRO, C.A. *et. al.* **A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing.** *Cad. Saúde Pública*. vol.26, n.11, pp. 2039-2049. 2010.

MONTEIRO, F. et al. **Bolsa Família:** insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. *Ciênc. saúde coletiva*. v.19 n.5 Rio de Janeiro. 2014.

MONTEIRO, F. e SCHMIDT, S.T. O Programa Bolsa Família no contexto da segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Rev. Sau. e Transf. Soc.* Florianópolis, v.5, n.3, pp.91-97, 2014.

MORAES, F.P. e COLLA, L.M. **Alimentos Funcionais e Nutracêuticos:** Definições, Legislação e Benefícios À Saúde. *Revista Eletrônica de Farmácia* v. 3 . pp. 109-112, 2006.

MOREL, C.M. A Pesquisa em Saúde e os Objetivos do Milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.9, n.2, pp. 261-270. 2004.

MÜLLER, A.L. et. al. A Construção das Políticas Públicas para a Agricultura Familiar no Brasil: o programa de aquisição de alimentos. Rev. Estud. Soc. e Agric., Rio de Janeiro, vol. 20, n. 1, 106-138. 2012.

NAGEM, F.A. e SILVA, S.P. Institucionalização e Execução das Políticas Públicas de Economia Solidária no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.* vol.21, n.46, pp. 159-175. 2013.

NASCIMENTO, A.L. e ANDRADE, S.L.L.S. **Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania?.** *Rev. Ciência e Cultura.* v. 62, n.4, pp. 34-38. 2010.

NASCIMENTO, P.R. et. al. Impact of the Social Agendas - Agenda 21 and Healthy Cities - upon Social Determinants of Health in Brazilian municipalities: measuring the effects of diffuse social policies through the dimensions of the Millennium Development Goals. *Rev. bras. epidemiol.* vol.17, suppl.2, pp. 01-14. 2014.

NEDER, H. *et al.*. Acesso à Renda e Inflação de Preços de Alimentos no Brasil: análise dos efeitos do programa Bolsa Família. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* v.53, n.1, pp. 51-70. 2015.

NOGUEIRA, J.G. **Segurança alimentar:** abrangência do Programa Bolsa Família no município de Vila Velha – ES. *Rev. Políticas Públicas*. São Luis, vol. 12, n. 1, pp. 83-92. 2008.

NOGUEIRA, R.N. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: *Cebes*, pp 200. 18 x 25 cm. 2010.

NUNES, E.A. e ANDRADE, F.R.B. **O Significado do Restaurante Popular de Maracanaú como Equipamento Público de Alimentação e Nutrição para as suas Usuárias.** *Rev. estrado Prof. Planej. em Poli. Publ.* vol. 1, n. 7, 2013.

NUNES, M.M.A. *et al;*. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). *Revista da Associação Médica Brasileira* . v.53, n.2, pp. 130-134. 2007.

OLIVEIRA, A.S. *et. al.* **Desmistificando o Programa Bolsa Família:** Impactos na Vida e no Estado Nutricional dos Beneficiários. *Catussaba*. Ano 4, n.1, pp. 17-31. 2014.

OLIVEIRA, C.A. *et al*;. **Fatores Predisponentes ás Doenças Cardiovasculares:** Uma Análise dos Perfis Sociais, Clínicos e Nutricionais de Triadores de Materiais Recicláveis. *Nutrir Gerais.* v. 5, n. 9, pp. 798-820. 2011.

OLIVEIRA, C.M.C. e HECKERT, A.L.C.. Os Centros de Referência de Assistência Social e as Artes de Governar. *Fractal, Rev. Psicol.* vol.25, n.1, pp. 145-160. 2013.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* Estado Nutricional e Insegurança Alimentar de Adolescentes e Adultos em Duas Localidades de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. *Rev. Nutr.* vol.22, n.4, pp. 453-465. 2009.

OLIVEIRA, M.N. et. al. Aspectos tecnológicos de alimentos funcionais contendo probióticos. Rev. Bras. Cienc. Farm. vol.38. 2002.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. **USP. 1946.** Acesso em 18 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html > 1946.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Nova Iorque, ONU, 1948. Disponível em: /www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>. Acessado dia 23 de fevereiro de 2012. 1948.

Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). 1966. Disponível em:

http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/PIDESC.pdf. Acessado no dia 12 de agosto de 2015.

Comentário Geral número 12 - O direito humano à alimentação (art.11). Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais do Alto Comissariado de Direitos Humanos/ONU. 1999. Disponível em: http://www.sesc.com.br/mesabrasil/doc/Direito%20humano%20%C3%A0%20Alimenta%C3%A7%C3%A3o-Seguran%C3%A7a-alimentar.pdf. Acessado no dia 13 de agosto de 2015.

_____ **Declaração do Milênio**. Cimeira do Milênio, Nova Iorque. *Centro de Informação das Nações Unidas*. 2000.

PADILHA P.C. e PINHEIRO R.L. **O Papel dos Alimentos Funcionais na Prevenção e Controle do Câncer de Mama.** *Rev. Bras. de Cancerologia*. pp. 251-260. 2004.

PAES-SOUSA, R. **Plano Brasil Sem Miséria:** Incremento e Mudança na Política de Proteção e Promoção Social no Brasil. *International Policy Centre for Inclusive Growth Working Papers*. 2013.

PAIVA, A.C. et. al. Efeitos da alta ingestão diária de proteínas no metabolismo. Rev Bras Nutr Clinc. pp. 83-88. 2007.

PANIGASSI, G. et. al;. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. Rev. Caderno de Saúde Pública. v. 24, n.10, pp. 2376-2384. 2008.

PANZA, V.P. et. al. Consumo Alimentar de Atletas: reflexões sobre recomendações nutricionais, hábitos alimentares e métodos para avaliação do gasto e consumo energéticos. Rev. Nutr. vol.20, n.6, pp. 681-692. 2007.

PASSOS, K.E. et. al. Análise da composição nutricional da Cesta Básica brasileira. Ciênc. saúde coletiva. vol.19, n.5, pp. 1623-1630. 2014.

PAULA, R.A.O. *et al.* **Determinação da atividade antioxidante In vitro das bebidas de café e chás verde e preto**. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* v. 32. n.2. pp. 167-171. 2015.

PEDRAZA, D.F. et. al. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. Rev. Nutr. v.26, n.5, pp. 517-527. 2013.

PEDRAZA, D.F. e SALES, M.C. (In)segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de um indicador do problema e experimentação em famílias da Paraíba, Brasil. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./jun. 2014.

PEREIRA, PAP. **Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero.** Sociedade em Debate, Pelotas, 2006.

PESSANHA, L. A Experiência Brasileira em Políticas Públicas para a Garantia do Direito ao Alimento. *Cadernos de Debate* (UNICAMP), Campinas SP, v. XI, n. 1, p. 1-37, 2004.

PHILIPPI, S.T. et. al.. **Pirâmide alimentar adaptada**: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.* vol.12, n.1, pp. 65-80. 1999.

_____Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. 2013. Acesso em 19 de Julho de 2015. Disponível em: http://www.piramidealimentar.inf.br/pdf/ESTUDO_CIENTIFICO_PIRAMIDE_pt.pdf>. 2013.

PINHEIRO, A.R.O. Análise histórica do processo de formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2003-2006): atores, idéias, interesses e instituições na construção de consenso político [tese]. Brasília: *Universidade de Brasília*; 2009.

PIRES, F.F. e JARDIM, G.A.S. Geração bolsa família escolarização, trabalho infantil e consumo na casa sertaneja (Catingueira/PB). *Rev. bras. Ci. Soc.*. vol.29, n.85, pp. 99-112. 2014.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Erradicar a Extrema Pobreza e a Fome - Nosso trabalho pelo Objetivo.** Disponível em: < http://www.pnud.org.br/odm1.aspx>. Acessado no dia 13 de agosto de 2015.

PRESTES, M.L. O Pensamento de Josué de Castro e a Geografia Brasileira. *Rev. Geográfica de América Central.* vol. 2, n. 47E, pp. 1-15. 2011.

QUARANTA, A.C. e NAVARRO, A.M. Correlação da Ingestão de Cálcio com o Peso dos Adolescentes em uma Escola Estadual. *Revista Simbio-Logias*, v. 3, n.4. 2010.

RABELO, M.M. e RUCKERT, I.N. **A construção da política de segurança alimentar e nutricional:** o caso de Porto Alegre. *Indic. Econ. FEE*, Porto Alegre, vol. 41, n. 3, pp. 85-100, 2014.

RAMOS, C.I. e CUERVO, M.R.M. Programa Bolsa Família: a interface entre a atuação profissional e o direito humano a alimentação adequada. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*. vol.17, n.8, pp. 2159-2168. 2012.

RAMOS, F.P. *et. al.*. Educação Alimentar e Nutricional em Escolares: **uma revisão de literatura.** *Rev. Cad. Saúde Pública*, vol.29, n.11, pp. 2147-2161. 2013.

RECINE, E. e VASCONCELLOS, A.B. **Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva**: cenário atual. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.16, n.1, p. 73-79, 2011.

RIGON, S.A. Construir a Segurança Alimentar e Nutricional e uma Vida Sustentável no Planeta – Os Desafios de Nosso Tempo. 2009. Disponível em: http://eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/palestras/04-Construir a Seguranca Alimentar e Nutricional e uma Vida Sutentavel no Planeta-Os Desafios de Nosso Tempo.pdf>. Acessado no dia 14 de agosto de 2015.

RIZZOTTO, M.L.F. e BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: **pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL.** *Interface (Botucatu)*. v.15, n.38, pp. 793-804. 2011.

ROCHA, N.C. *et. al.* **Organização e Dinâmica do Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de São Paulo**: implicações para a sua atuação na construção da política municipal de Segurança Alimentar e Nutricional. *Rev. Nutr.* vol.25, n.1, pp. 133-146. 2012.

RODRIGUES, P.S. **O programa nacional de alimentação escolar:** história e modalidades de gestão. *RBPAE* - vol. 29, n. 1, pp. 137-155, 2013.

ROSA, T.E.C. et. al. Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos, Brasil. Rev. bras. geriatr. gerontol v.15, n.1, pp. 69-77. 2012.

SAGLIO-YATZIMIRSKY, M.C. **A comida dos favelados.** *Revista Estudos Avançados*. v.20, n.58, pp. 123-132. 2006.

SALES, M.D.C. Avaliação e Caracterização de Insumos Bioativos da Aroeira (Schinus terebinthifolius Raddi) com Potencial Econômico para o Desenvolvimento Tecnológico de Bioprodutos. Tese (Doutorado em Biotecnologia) – Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO), Vitória. pp. 1-136. 2013.

SANTOS, L.M.P et. al. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. Ciênc. saúde coletiva. vol.16, n.3, pp. 1821-1834. 2011.

SANTOS, L.P. et al. Comparação entre duas escalas de segurança alimentar. *Ciênc. saúde coletiva.* v.19, n.1, pp. 279-286. 2014.

SANTOS, R.D. *et. al.* I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. (1 supl. 3):1-40. 2013.

SARNO, F. *et al.* Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, **2002-2003**. *Rev. Saúde Pública*. 2009, vol.43, n.2, pp. 219-225, 2009.

SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Brasil Terá Nova Pirâmide Alimentar.** 2013. Acesso em 04 de Agosto de 2015. Disponível em: < http://www.einstein.br/einstein-saude/nutricao/Paginas/brasil-tera-nova-piramide-alimentar.aspx>. 2013.

SCHAPPO, S. Josué de Castro e a agricultura de sustentação em Geografia da fome. *Sociologias* . vol.16, n.35, pp. 306-338. 2014.

SCHEINVAR, E. O feitiço da política pública: escola, sociedade civil e direitos da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Lamparina, Faperi, 2009.

SCHNEIDER, B.C. **De Carnes pela População Adulta de Pelotas/RS:** Quem e Como Consome. Pelotas: *UFPel*, 2010.

SEGALL-CORRÊA, A.M. e MARIN-LEON, L. **A Segurança Alimentar no Brasil:** Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Rev. de Segurança Alimentar e Nutricional*. v. 16, n. 2, pp. 1-19. 2009.

SILVA, C.C.S. et. al. Associação entre consumo alimentar e (in)segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos – PB. Braz. J. Food Techno I, Braz. J. Food Technol., pp. 23-30. 2012.

SILVA, E.H.F.M. e BERNARDES, E.M.. Estrutura Lógica como Metodologia para Avaliação de Políticas Públicas: **uma Análise do Pronaf.** *Rev. Adm. Pública*. **vol.48**, **n.3**, **pp. 721-743. 2014**.

SILVA, E.M. e CEREDA, M.P. Segurança alimentar, saúde, educação e lazer como fatores de base para desenvolvimento rural de um assentamento do Mato Grosso. *Interações (Campo Grande)*. v.15, n.2, pp. 275-284. 2014.

SILVA, G.L.S. *et. al.* **Grau de Cobertura do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) Junto aos Agricultores Familiares do Estado de Minas Gerais.** *Rev. Econ. Sociol. Rural.* vol.52, n.3, pp. 533-548. 2014.

SILVA, J.G. et. al. **Fome Zero:** A experiência brasileira. Brasília. *Ministério do Desenvolvimento Agrário*, 2010.

SILVA, S.P. **A Trajetória Histórica da Segurança Alimentar e Nutricional na Agenda Política Nacional:** Projetos, Descontinuidades e Consolidação. *Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*.- Ipea: Brasília. 2014.

SIQUEIRA, R L. *et al.* **Conselho de segurança alimentar e nutricional:** análise do controle social sobre a política estadual de segurança alimentar e nutricional no Estado do Espírito Santo. *Saude soc.* vol.20, n.2, pp. 470-482. 2011.

SIQUEIRA, R.L. *et al.* **Analise da incorporação da perspectiva do direito humano a alimentação adequada no desenho institucional do programa nacional de alimentação escolar.** *Ciênc. saúde coletiva***. vol.19, n.1, pp. 301-310. 2014.**

SIMAO, G.L. *et. al.* Grau de cobertura do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) junto aos agricultores familiares do estado de Minas Gerais. *Rev. Econ. Sociol. Rural.* vol. 52, n.3, pp. 533-548. 2014.

SOBRINHO, F.M. *et al.* **Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*. v.19, n.5, pp. 1601-1611. 2014.

SOUSA, L.M. *et al.* **Alimentação Escolar nas Comunidades Quilombolas:** desafios e potencialidades. *Ciênc. saúde coletiva.* vol.18, n.4, pp. 987-992. 2013.

SOUSA F.C. e MIRANDA-NETO M.H. **Desnutrição**: inter-relações entre os aspectos celulares e sociais. *Revista Arquivos do Mudi.* 2007.

SOUZA, C. **Políticas Públicas**: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45. 2006.

SOUZA, F.V.F. **Assistência Social e Inclusão Produtiva:** algumas indagações. *Rev. O Social em Questão*. n. 30; pp 287 – 298. 2013.

SOUZA, M.M. *et. al.* Estado nutricional de crianças assistidas em creches e situação de (in)segurança alimentar de suas famílias. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.17, n.12, pp. 3425-3436. 2012.

SUPLICY, E.M. Programa Fome Zero do Presidente Lula e as perspectivas da Renda Básica de Cidadania no Brasil. *Rev. Saude soc.* vol.12, n.1, pp. 61-71. 2003.

TEIXEIRA, P.F. e BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.N. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: *Cebes*, pp 200. 18 x 25 cm. 2010.

TRALDI, D.R.C. et. al. Repercussões do Programa Bolsa Família no município de Araraquara, SP: um olhar sobre a segurança alimentar e nutricional dos beneficiários. Interações (Campo Grande). vol.13, n.1, pp. 23-37. 2012.

TREVISANI, J.J.D. *et. al.* Fluxos Decisórios na Formulação das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família. *Rev. Saude soc.*, vol.21, n.2, pp. 492-509. 2012.

UnB – Universidade de Brasília. **A qualidade do café que bebemos.** 2011. Disponível em:http://www.unb.br/noticias/unbagencia/artigo.php?id=396. Acessado em 01 de Novembro de 2015.

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto. **Orientações a Alimentação Saudável.** *Centro de Saúde.* Acesso em 04 de Agosto de 2015. Disponível em: . 2015.">http://www.prace.ufop.br/centrodesaude/index.php/area-de-nutricao/oralsa?showall=&start=1>. 2015.

VALENTE, F.L.S. **Fome, desnutrição e cidadania:** inclusão social e direitos humanos. Revista de Saúde social. vol. 12, n.1, pp. 51-60. 2003.

VALENZUELA, A. et al.. Alimentos Funcionales, Nutraceúticos y FOSHU: ¿Vamos Hacia un Nuevo Concepto de Alimentación?. Rev Chil Nutr Vol. 41, nº2, 2014.

VASCONCELOS, F.A.S. e BATISTA FILHO, M. **História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*. vol.16, n.1, pp. 81-90. 2011.

VASCONCELOS, S.M.L. *et al.* **Insegurança Alimentar em Domicílios de Indivíduos Portadores de Hipertensão e/ou Diabetes.** *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences*; pp. 114-121. 2015.

VEGA, J.B. et. al. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. Ciênc. saúde coletiva. vol.19, n.3, pp. 931-942. 2014.

VERLY JUNIOR, E. et al. Adesão ao guia alimentar para população brasileira. Rev Saúde Pública, v. 47, n. 6, p. 1021-7, 2013.

VIEIRA, G.O. e D'ORNELLAS, M.C.G.S. **Direitos Humanos e Comércio Internacional:** A Necessidade da Construção de Pontes por Meio da Segurança Alimentar e os Novos Desafios da OMC. *Nomos: Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFC*. vol. 32. 2012.

VIEIRA, V.L. *et. al.* **Ações de alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional**: uma comparação entre Brasil e Portugal. *Saude soc.* vol.22, n.2, pp. 603-607. 2013.

VIEIRA MELO, L. e PAESE, C.R. **O Combate a Fome no Brasil:** uma análise da implantação do Programa Fome Zero em 2003 e 2004. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís. vol. 17, n. 1, pp. 149-159, 2013.

VILARTA, R. Alimentação Saudável e Atividade Física para a Qualidade de Vida. Campinas, *IPES editorial*. 2007.

VILLELA, N.B., e ROCHA, R. **Manual básico para atendimento ambulatorial em nutrição.** 2nd. ed. rev. Salvador: *EDUFBA*. 120 p. 2008.

VIZZOTTO, M. et al.. Alimentos Funcionais: Conceitos Básicos. *Embrapa: Clima Temperado*, *Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.* Pelotas, RS. 2010.

WESTPHAL, M.F. *et. al.*. **Monitoring Millennium Development Goals in Brazilian municipalities:** challenges to be met in facing up to iniquities. *Cad. Saúde Pública*. vol.27, suppl.2, pp. s155-s163. 2011.

WHO - World Health Organization. **Physical status:** the use and interpretation of athropometry. *Technical Report Series.Geneva*: WHO; 1995.

_____Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a World Health Organization Consultation*. Geneva: WHO. p. 256. 2000.

WILLOWS, N. et. al. Associations between household food insecurity and health outcomes in the Aboriginal population (excluding reserves). Health Reports, Ottawa, vol. 22, n. 2, pp. 15-20, Component of Statistics Canada Catalogue no. 82-003-X. 2011.

YASBEK, M.C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. São Paulo Perspec. vol.18, n.2, pp. 104-112. 2004.

ZEN, S. *et al.* **Perspectivas de consumo de carne bovina no Brasil**. In: Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, XLVI, 2008, Rio Branco – Acre. Disponível em: http://www.sober.org.br/palestra/9/560.pdf>. Acesso em 01 de novembro 2015.

ZONIN, V.J. et. al. **Segurança Alimentar e Biocombustíveis no Brasil.** Rev. Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, vol. 13, n. 1, pp. 341-352, 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Vitória, 30 de Outubro de 2014

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Zieli Marcolino de Melo, que está sob a orientação da Professora Doutora Maria Diana C. Sales, a desenvolver o seu projeto de pesquisa cujo título é "Identificação de Políticas Públicas através da avaliação dos níveis de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de famílias inseridas em Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica- ES", com o objetivo de Identificar Políticas Públicas e avaliar níveis (In)Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de famílias inseridas no projeto "Bom de Bola 10 na Escola", de responsabilidade do Instituto de Desenvolvimento Sócio Econômico dos Trabalhadores de Baixa Renda – IDESBRE, em Nova Canaã, região de Grande Flexal, Cariacica-ES.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

José Luis Rodrigues Presidente/Idesbre

Rua Graciano Neves, 518 – Centro – Vitória/ES CEP: 29.015-330 – Tel: 3223-7450 www.idesbre.com.br – projetos@idesbre.org.br

APENDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título: Avaliação dos Níveis Segurança Alimentar e Nutricional numa região da Grande Flexal, no município de Cariacica- ES.

Procedimentos: Para participar da pesquisa será necessário que sejam respondidos os questionários de: frequência alimentar, o socioeconômico da ABEP 2014 e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); além de permitir que sejam "tiradas" medidas de peso, altura, circunferência da cintura.

Possíveis riscos: Sua participação não traz complicações legais, e apresenta o mínimo risco emocional, psicológico e moral. Os procedimentos adotados obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº CNS/MS 466/12. Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento ou benefício.

Benefícios: Os benefícios serão aumentar o conhecimento científico e propiciar intervenções nutricionais por meio de palestras sobre Alimentação Saudável. Sua participação é voluntária e se decidir não participar ou quiser desistir de continuar, em qualquer momento, tem absoluta liberdade.

Forma de Acompanhamento e Assistência: Se necessário você receberá toda a assistência. Basta procurar, na EMESCAM, a professora Dr. Maria Diana C. Sales (27) 3334-3543 e a pesquisadora Zieli Marcolino de Melo (27) 98862-7044, e o Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos no telefone (27) 3334-3586 e no endereco Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

Confidencialidade: Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Eu,				, portador
do documento nº	, por	me	considerar	devidamente
informado (a) sobre o conteúdo deste termo e meu desejo em participar dessa pesquisa.		a a se	er desenvolv	vida, expresso
	/	/_		
Assinatura do Participante Voluntário	Data			
			<i></i>	
Impressão Dactiloscópica (p/ analfabeto)	Data			

ANEXOS

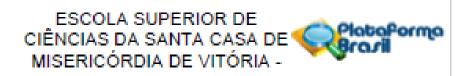
ANEXO A - Folha de Rosto

Placaforma MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

**************************************		1. 1.11 146.61	
1. Projeto de Pesquisa:			Número de Participantes da Pesquisa:
Identificação de Políticas Públicas atravé Nutricional (SAN) de famílias inseridas e	és da avaliação dos níveis em Nova Canaã, região de	de Segurança Alimenta Grande Flexal, Cariacic	re 160 a-ES
3. Área Temática:			: 4.979
4. Área do Conhecimento:			
Grande Área 4. Ciências da Saúde		5.00 p. 1.10 p. 1.11 p. 1.11	WATER THE
PESQUISADOR RESPONSÁVE	EL .		
5. Nome; Zieli Marcolino de Melo			
6. CPF:	7. Endereço (Rua, n.º):		
128.450.907-90	CALLED TO THE STREET OF THE ST	JACARAIPE SERRA ES	SPIRITO SANTO 29175792
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (27) 3245-6685	10. Outro Telefone:	11. Email: zieli_marcolino@hotmail.com
12. Cargo:			
por todos os responsáveis e fará parte ir	ntegranie da documentação		- t
Data: <u>ற</u> ு / <u>114</u>	<u> </u>		Zieli Marcolino de Melo Assinatura
Data: Op / 14	/ <u>A4</u>		Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome:	14. CNPJ:		
INSTITUIÇÃO PROPONENTE	14. CNPJ:		Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Cimisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone:	14. CNPJ:		Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa C Misericórdia de Vitória - EMESCAM	14. CNPJ: asa de 28.141.190/000		Assinatura
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Cimisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone: 273334.3586	14. CNPJ: 28.141.190/000 17. Outro Telefone:	14-29 o que conheço e cumprin	Assinatura 15. Unidade/Órgão: i os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Cimisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone: 273334.3586 Termo de Compromisso (do responsáve Complementares e como esta instituição	14. CNPJ: 28.141.190/000 17. Outro Telefone:	o que conheço e cumprir senvolvimento deste pro	Assinatura 15. Unidade/Órgão: i os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Cimisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone: 273334.3586 Termo de Compromisso (do responsáve Complementares e como esta instituição	14. CNPJ: 28.141.190/000 17. Outro Telefone: I pela instituição): Declaro o tem condições para o des	o que conheço e cumprir senvolvimento deste pro	Assinatura 15. Unidade/Órgão: ei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas jeto, autorizo sua execução.
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Cimisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone: 273334.3586 Termo de Compromisso (do responsáve Complementares e como esta instituição Responsável:	14. CNPJ: 28.141.190/000 17. Outro Telefone: I pela instituição): Declaro o tem condições para o des	o que conheço e cumprin senvolvimento deste pro	Assinatura 15. Unidade/Órgão: ei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas jeto, autorizo sua execução.
INSTITUIÇÃO PROPONENTE 13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Comisericórdia de Vitória - EMESCAM 16. Telefone: 273334.3586 Termo de Compromisso (do responsáve Complementares e como esta instituição Responsável: **Cargo/Função:** **Calmin Rac Cargo/Função:** **Calmin Rac Cargo/Função:** **Calmin Rac Statista Sen	14. CNPJ: lasa de 28.141.190/000 17. Outro Telefone: al pela instituição): Declaro o tem condições para o des	o que conheço e cumprin senvolvimento deste pro	Assinatura 15. Unidade/Órgão: ei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas jeto, autorizo sua execução. 251 753 357 15

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: identificação de Políticas Públicas através da avallação dos niveis de Segurança

Alimentar e Nutricional (SAN) de familias inseridas em Nova Canaã, região de Grande

Flexal, Carlacica- ES

Pesquisador: Ziel Marcolino de Meio

Área Temática: Versão: 2

CAAE: 38589814.7.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 905.641 Data da Relatoria: 08/12/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo será desenvolvido através de metodologia observacional, transversal, quantitativo, de caráter exploratório, de base populacional. Os dados serão coletados por meio de questionários estruturados aplicados durante as reuniões aos representantes das familias das crianças inseridas no projeto "Bom de Bola 10 na Escola" e por meio de análise antropométrica. O projeto "Bom de Bola 10 na Escola" acontece nos bairros de Nova Canaã, Flexal I e II, Modelo e Santa Rosa, em Cariacica- ES, e atende anualmente, de forma gratuita, cerca de 160 jovens, entre sete e dezessete anos, de ambos os sexos, oferecendo espaço para o desenvolvimento da cidadania. No final desta pesquisa supõe-se que será apresentada a verdadeira situação da segurança alimentar e nutricional das familias estudadas e proposto programas de incentivo a promoção de programas de políticas públicas voltadas para a alimentação e nutrição adequadas e seguras. Diante disto espera-se que sejam desenvolvidos materiais e ações educativas relacionadas à segurança alimentar e nutricional, visando a promoção da saúde destas crianças avaliadas.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os diferentes niveis de Segurança Alimentar das familias beneficiadas pelo projeto "Bom de Boia 10 na Escola" localizado em Nova Canaã, região de Grande Flexal, Carladica- ES,

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa Bairro: Bairro Santa Luzie CEP: 29.045-402

UF: ES Municipio: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 Fax: (27)3334-3588 E-mail: comite.etca@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 905.641

estabelecendo associações entre insequrança Alimentar, características socioeconômicas e de nutrição das familias.

Avallação dos Riscos e Beneficios:

A participação nesta pesquisa traz risco mínimo aos participantes e o pesquisador afirma que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a resolução CNS/MS 466, de 12 de dezembro de 2012.

Os beneficios relacionados à participação serão aumentar o conhecimento científico para a área de nutrição e de políticas publicas, evidenciando a importáncia da qualidade da alimentação e segurança alimentar para

Após a pesquisa serão realizadas com a população palestras sobre Alimentação Saudável, visando instruir o grupo sobre a importância de bons hábitos alimentares. Além disso, como será feito diagnóstico nutricional, por meio dos dados antropométricos,os participantes detectados com alteração deverão ser encaminhados a serviço assistencial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada, as observações do CEP foram acolhidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme a resolução CNS/MS 466, de 12 de dezembro de 2012.

Situação do Parecer:

Aprovado:

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi aprovado pelo CEP; projeto aprovado. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicadas ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa Bairro: Bairro Santa Luzia CEP: 29.045-402

Município: VITORIA

Fax: (27)3334-3586 Telefone: (27)3334-3588 E-mail: comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -

Continuação do Parecer: 905.641

de notificação via Plataforma Brasil;

 mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Piataforma Brasil.

VITORIA, 09 de Dezembro de 2014

Assinado por: PATRICIA CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA (Coordenador)

Enderego: EMESCAM, Av.N.S.de Perha 2190 - Cerdro de Perquisa Baitro: Baitro Sante Luzia CEP: 29.045-402

UF: ES Municipio: VITORIA

Telefone: (27)3334-9586 Fax: (27)3334-9586 E-mail: comite etcs@emescam.br

ANEXO C - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

SEGURANÇA ALIMENTAR

ATENÇÃO ENTREVISTADORA (O) ESTE MÓDULO DEVE SER RESPONDIDO POR PESSOA ADULTA, RESPONSÁVEL OU COM CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES ALIMENTARES NO DOMICÍLIO

Em todos os quesitos, você deve se referir aos ÚLTIMOS 3 MESES para orientar a resposta da (o) entrevistada (o).

Agora vou ler para você algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que você responda a todas elas.

Nº	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CODIGOS
1	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?	Sim 01 Não 02 Pulep/3 Não sabe 98 Pulep/3
2	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?	Sim 01 Não 02 Pulep/5 Não sabe 98 Pulep/5
4	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	Sim 01 Não 02 Pulep/7 Não sabe 98 Pulep/7
6	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98

05	QUESITOS 7 E 8 DEVEM SER PERGUNTADOS MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIAN		
	anenas alguns noucos tinos de alimentos nara alimentar	Sim	_01
7	os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro	Não	_02
	acabou?	Não sabe	_98 Pulep/9
		Em quase todos os dias	01
8	Com que freqüência?	Em alguns dias	02
	(RESPOSTA ESTIMULADA)	Em apenas 1 ou 2 dias	03
		Não sabe	98

CA	SO A(O) ENTREVISTADA(O) TENHA RESPONDIDO "N QUESITOS 1, 3, 5 E 7 ENCERRE O MÓDULO. CASO O QUESITOS RESPONDIDOS AFIRMATIVAMENT	CONTRÁRIO (QUALQUER	UMDOS
9	NOS ÚLTIMOS 3 MESES, VOCÊ OU ALGUM adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim0 Não0 Não sabe9	2 Pulep/11
10	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe	02 03
11	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?	Sim0 Não0 Não sabe9	2 Pule p / 15
12	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe	02
13	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?	Sim0 Não0 Não sabe9	2 Pule p / 17
14	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe	02
15	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?		1 2 Pulep/19 3 Pulep/19

16	A QUANTIDADE DE PESO QUE PERDEU FOI: (RESPOSTA ESTIMULADA)	Pequena Média Muita Não sabe	01 02 03 98
17	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		01 02
18	(RESPOSTA ESTIMULADA)	Pequena Média Muita Não sabe	01 02 03 98

•	OS QUESITOS ABAIXO DEVEM SER PERGUNTADOS APENAS EM DOMÍCÍLIOS que tem MORADORES MENORES DE 18 ANOS (CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES), SE NAO HOUVER MENORES DE 18 ANOS ENCERRE O MÓDULO		
19	algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha	Sim Não Não sabe!	
20	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias _ Em alguns dias _ Em apenas 1 ou 2 dias _ Não sabe _	02
21	de 18 anos não comeu em quantidade suficiente,		01 02 Pulep/25 98 Pulep/25
22	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias _ Em alguns dias _ Em apenas 1 ou 2 dias _ Não sabe	02
23	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	Sim Não Não sabe	02 Pulep/27
24	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias _ Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe	02 03

25	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer algum a refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	Sim01 Não02 Pulep/29 Não sabe98 Pulep/29
26	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
27	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?	Sim 01 Não 02 Pulep/31 Não sabe 98 Pulep/31
28	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias 01 Em alguns dias 02 Em apenas 1 ou 2 dias 03 Não sabe 98
29	Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?	Sim01 Não02 Não sabe98
30	Com que freqüência? (RESPOSTA ESTIMULADA)	Em quase todos os dias

Quadro 2. Pontuação para classificação dos domicílios nas categorias de segurança alimentar

	NÚMERO DE PONTOS	
CATEGORIA	Famílias com menores de	Famílias sem menores de
	18 anos	18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1 a 5	1 a 3
Insegurança Alimentar Moderada	6 a 10	4 a 6
Insegurança Alimentar Grave	11 a 15	7 a 8

ANEXO D - Questionário de Perfil Econômico ABEP 2014





Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2014

A dinâmica da economia brasileira, com variações importantes nos níveis de renda e na posse de bens nos domicílios, representa um desafio importante para a estabilidade temporal dos critérios de classificação socioeconômica. Em relação ao CCEB, os usuários têm apresentado dificuldades na manutenção de amostras em painel para estudos longitudinais. As dificuldades são maiores na amostragem dos estratos de pontuação mais baixa.

A ABEP vem trabalhando intensamente na avaliação e construção de um critério que seja fruto da nova realidade do país. Porém, para que os estudos produzidos pelos usuários do Critério Brasil continuem sendo úteis ao mercado e mantenham o rigor metodológico necessário, as seguintes recomendações são propostas às empresas que tenham estudos contínuos, com amostras em painel:

- A reclassificação de domicílios entre as classe C2 e D deve respeitar uma região de tolerância de 1 ponto, conforme descrito abaixo:
- Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe D --> são reclassificados como C2, apenas no momento em que atingirem 15 pontos;
- Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe C2 --> são reclassificados como D, apenas no momento em que atingirem 12 pontos;
- O momento inicial de estudos desenvolvidos a partir de amostra mestra é o da realização da amostra mestra;
- O momento inicial de estudos desenvolvidos sem amostra mestra é o da primeira medição (onda) do estudo.

IMPORTANTE: As alterações descritas acima são apenas para os estudos que usem amostras contínuas em painéis. Estudos ad hoc e estudos contínuos, com amostras independentes, devem continuar a aplicar o Critério Brasil regularmente.

Outra mudança importante no CCEB é válida para todos os estudos que utilizem o Critério Brasil.

As classes D e E devem ser unidas para a estimativa e construção de amostras. A justificativa para esta decisão é o tamanho reduzido da classe E, que inviabiliza a leitura de resultados obtidos através de amostras probabilísticas ou por cotas, que respeitem os

tamanhos dos estratos. A partir de 2013 a ABEP deixa de divulgar os tamanhos separados destes dois estratos.

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org 2

Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2012 - IBOPE

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginasial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0-7

Empresas de Pesquisa – 2012 – www.abep.org – abep@abep.org 3

Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2012 - IBOPE

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos Bem alugado em caráter permanente

Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos:

Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses

Bem quebrado há mais de 6 meses

Bem alugado em caráter eventual

Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores.

Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregado doméstico

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática . O tanquinho NÃO deve ser considerado.

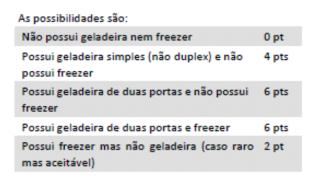
Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2 a. porta –ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.



OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa).

O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas Renda média bruta familiar no mês em R\$ por classe das 9 RM's pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

Renda média bruta familiar no mês em R\$ por classe das 9 RM's

Classes	Renda média bruta familiar no mês em R\$
Classe A	11.037
Classe B1	6.006
Classe B2	3.118
Classe C1	1.865
Classe C2	1.277
Classe DE	895

Fonte: LSE 2012 Ibope Media

Distribuição das classes por praça

	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	GDE.	9 GRANDE
	FORT	REC	SALV	ВН	RJ	SP	CUR	POA	DF	S ÁREAS
Classe A1	0,5	0,5	0,4	0,8	0,2	0.3	0,8	0,8	1,9	0,5
Classe A2	2,6	3,1	2,2	4,2	3,3	4,7	5,0	4,7	9,1	4,2
Classe B1	5,4	7,4	8,4	9,7	10,5	11,2	15,1	11,1	15,6	10,6
Classe B2	11,0	12,3	15,3	19,5	20,0	25,5	29,8	27,2	23,0	21,6
Classe C1	17,50	22,9	24,7	27,4	30,1	29,0	25,3	29,0	22,4	27,3
Classe C2	33,4	28,6	28,5	22,6	23,2	19,8	15,3	19,0	16,2	22,2
Classe DE	29,6	25,2	20,5	15,8	12,7	9,5	8,7	8,2	11,80	13,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: LSE 2012 IBOPE Media

ANEXO E - Questionário de Frequência Alimentar (QFA)

AVALIAÇÃO DIETÉTICA

QUESTIONÁRIO DE FREQÜÊNCIA ALIMENTAR (QFA)

	Dia			S	emana		Mê				0
Grupos de Alimentos	Mais de 3 vezes	2 a 3	1	5 a 6	2 a 4	1	2 a 3	1	Não consome	Não sabe informar	Observação
Аггоz Branco; Batata; Macarrão; Pão; Inhame; Farinha; Biscoito Sal											
Granola; Arroz Integral ou Parbolizado											
Sopas e Preparações Semiprontas											3.4
Refrigerantes											
Bebidas Alcoólicas; Cerveja; cachaça										i	
Cachorro-quente; Hamburguer; Pizza											
Leite e Derivados Integrais											
Leite Desnatado; logurte Diet ou Light e Queijo Branco					-						23.7
Leite Achocolatado; Café com Leite; Café											7
Frutas em geral											
Verduras											
Legumes											
Peixes											
Aves									-		
Carne Magra											
Came Gorda; Embutidos; Cames Salgadas; Visceras											
Ovos											
Enlatados (Milho, Ervilha, Azeitona, Salsicha)											
Frituras em Geral				100		- Allege					
Manteiga; Creme de Leite; Chantilli; Margarina e Maionese	,		,								
Óleo vegetal (Qual?)											
Azeite											
Tempero Pronto; Molhos para Saladas; Catchup e Mostarda especificar)								٠, إ			
Adoçantes (especificar com ou sem Ciclamato)											
Suplemento Alimentar (especificar o tipo)										į	

ANEXO F - Submissão de Artigo revista Interface

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

Preview

From: intface@fmb.unesp.br

To: zieli marcolino@hotmail.com

cc: zieli_marcolino@hotmail.com, angela.silva@emescam.br, debora.dummer.meira@gmail.com, alvaro.morais@emescam.br, fabricia.villefort@gmail.com, dsdianasales@gmail.com

Subject: Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2015-0881

Body: 17-Jan-2016

Prezado (a) Miss de Melo:,

Seu manuscrito intitulado "Políticas Públicas na Área de Alimentação e Nutrição: Plano de Fundo para o "Fome Zero"." foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2015-0881 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

Por motivo de férias coletivas, as submissões recebidas no período de 01 de dezembro de 2015 a 01 de fevereiro de 2016, só serão analisadas a partir de 02 de fevereiro de 2016.

Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar

http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo

Agradecendo pela submissão em Interface - Comunicação, Saúde, Educação,

Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino Lilia Blima Schraiber Miriam Foresti Editores

Date Sent: 17-Jan-2016

ANEXO G - Submissão de Artigo revista Ciência e Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

Preview

From: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

To: zieli_marcolino@hotmail.com

CC: zieli_marcolino@hotmail.com, michelleegabriel@hotmail.com, angela.silva@emescam.br, debora.dummer.meira@gmail.com, dsdianasales@gmail.com

Subject: Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2015-2644

Body: 05-Dec-2015

Dear Dr. de Melo:

Your manuscript entitled "Marcos referenciais na trajetória da Segurança Alimentar e Nutricional: panorama mundial e nacional.

Historical milestones in the trajectory of Food and Nutrition Security: worldwide and national overview." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2015-2644.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,

Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

Date Sent: 05-Dec-2015

ANEXO H - Fotos



