



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE REALEZA
CURSO DE NUTRIÇÃO**

ÁLINE MAYARA FERREIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ADSTRITA À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE CENTRAL DE UM PEQUENO MUNICÍPIO NO
SUDOESTE DO PARANÁ COM ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À
SAÚDE DA FAMÍLIA**

REALEZA

2015

ÁLINE MAYARA FERREIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ADSTRITA À UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE CENTRAL DE UM PEQUENO MUNICÍPIO NO SUDOESTE DO
PARANÁ COM ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Nutrição da Universidade Federal da Fronteira Sul, como
requisito para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientador (a): Amélia Dreyer Machado.

REALEZA

2015

DGI/DGCI - Divisão de Gestão de Conhecimento e Inovação

Ferreira, Áline Mayara

Insegurança Alimentar na população adstrita à Unidade Básica de Saúde Central de um pequeno município no Sudoeste do Paraná com atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Áline Mayara Ferreira. -- 2015.
38 f.:il.

Orientadora: Amélia Dreyer Machado.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de nutrição
, , 2015.

1. Segurança Alimentar. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. 4. Estratégia
Saúde da Família (ESF). I. Machado, Amélia Dreyer,
orient. II. Universidade Federal da Fronteira Sul. III.
Título.

ÁLINE MAYARA FERREIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR NA POPULAÇÃO ADSTRITA À UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE CENTRAL DE UM PEQUENO MUNICÍPIO NO SUDOESTE DO
PARANÁ COM ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Nutrição da Universidade Federal da Fronteira sul.

Orientador: Prof.ª Me. Amélia Dreyer Machado

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

01 / 12 / 15

BANCA EXAMINADORA

Amélia D. Machado.

Prof.ª Me.ª Amélia Dreyer Machado – UFFS

Rozane M. Triches

Prof. Dr.ª Rozane Márcia Triches – UFFS

Élister B. B. Balestrin

Prof.ª Me.ª Élister Lílian Brum Balestrin – UFFS

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e ter alcançado esse sonho. Em especial a minha mãe Aristotelina, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço, que tanto batalhou comigo para que este sonho se tornasse possível.

Agradeço a professora Orientadora Amélia Dreyer Machado e a Professora Naimara Vieira do Prado pela orientação, apoio e confiança, na qual foram muito importantes na conclusão desta etapa.

A Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus Realeza*, sua direção e administração, que me oportunizaram a janela pela qual hoje vislumbro um horizonte superior. Meu sincero agradecimento a todos os meus professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

RESUMO

Segurança alimentar e nutricional (SAN) consiste em garantir a toda população o direito a uma alimentação adequada, com qualidade e quantidade suficientes, de forma contínua e ininterrupta, subordinada a dois princípios: o direito humano a alimentação adequada e saudável e a soberania alimentar. Objetivou-se por meio desta pesquisa investigar a insegurança alimentar na população residente na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Central com atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Ampére- PR. Realizou-se uma pesquisa de campo, de natureza quantitativa com corte transversal, descritiva. Os sujeitos investigados foram às famílias, moradoras da área de abrangência da USF Central do município de Ampére – PR. Para cálculo da amostra considerou-se o total de 913 domicílios cadastrados pela Secretária de saúde no ano de 2014, utilizando-se uma proporção esperada de famílias com a característica de interesse de 30%, com intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$ da distribuição normal); erro de amostragem permitido de 5%, e correção para possíveis perdas na coleta de 20%, resultando em 287 domicílios. Destes, 206 (71,78%) participaram da pesquisa. Para mensurar o grau de insegurança alimentar foi utilizado a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Investigou-se também as variáveis: (i) Insegurança alimentar (IA), (ii) nível socioeconômico, (iii) ser beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda (vi) escolaridade maternidade (v) ser usuário da USF Central, (vi) número de moradores; (vii) número de crianças no domicílio; (viii) gênero do chefe da família. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software Excel[®] versão 2010. Para verificar a associação entre as categorias de Segurança alimentar e os graus de insegurança alimentar e as demais variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, ao nível de 5% de significância e calculou-se os respectivos Intervalo de confiança (IC_{95%}). Os resultados demonstraram a presença de Insegurança alimentar em 45,63% das famílias participantes; e foi maior nos domicílios que possuíam menores de idade (53,46%). Quanto à associação das variáveis com as categorias Segurança alimentar, Insegurança leve, moderada e grave, ocorreu com: escolaridade materna ($p= 0,0036$), ser usuário da USF Central ($p= 5,84^{-25}$), nível socioeconômico ($p= 1,60^{-43}$) e ser beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda ($p= 0,0369$). Neste sentido, a gestão pública deve dar mais atenção à promoção e desenvolvimento das políticas de Segurança alimentar, para fins de melhorar a qualidade de vida da população e diminuir a prevalência de Insegurança Alimentar, visto que a prevalência foi maior do que os achados nacionais.

Palavras chave: Segurança Alimentar. Atenção Primária à Saúde. Política de Nutrição e Alimentação. Estratégia Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT

Feeding and nutritional security consist in ensure of all the population the right to adequate food, quality and sufficient quantity, continuously and without interruption, subject to two principles: the human right to adequate and healthy food and food sovereignty. The objective of this research was to investigate the food insecurity in the population living in the area covered by the Central Family Health Unit which operates the Health Family Support in the town of Ampère - PR. Was performed a quantitative field research, with a descriptive cross sectional. To calculate the sample it was considered the total of 913 residences registered by the Health Secretary in 2014, using an expected proportion of family's with the characteristic of interest of 30%, with a confidence interval of 95% ($z = 1.96$ normal distribution); sampling error allowed 5%, and correction for possible losses on the collection of 20%, resulting in 287 residences. Of these, 206 (71.78%) participated in the research. To measure the degree of food insecurity was used the Brazilian Food Insecurity Scale. It also investigated the variables: (i) Food Insecurity (IA), (ii) socioeconomic status, (iii) being recipient of food donation program and/or cash transfer (iv) Maternity education (v) being user of Central USF, (vi) number of residents; (vii) number of children in the residence; (viii) genre of the family head. The data were tabulated and analyzed with software Excel® 2010. To investigate the association between categories of food security and the degrees of food and other variables insecurity, we used the Pearson's chi-squared test, at 5% significance and was calculated their confidence intervals (IC_{95}) The results showed the presence of food insecurity in 45.63% of participating families; and it was higher in those residences with minors (53.46%). As the association of the variables with the categories food security, insecurity mild, moderate and severe, occurred with: maternal education ($p = 0.0036$), be user Central USF ($p = 5.84^{-25}$), socioeconomic status ($p = 1.60^{-43}$) and be recipient of food donation program and / or cash transfer ($p = 0.0369$). In this sense, public management should pay more attention to the promotion and development of food safety policy for the purpose of improving the quality of life of the population and to reduce the prevalence of food insecurity, whereas the prevalence was higher than the national findings.

Keywords: Food Safety. Primary Health Care. Feeding and Nutrition Policy. Family Health Strategy.

:

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - < Classificação e ponto de corte de Segurança alimentar segundo metodologia da EBIA, 2004 >.....	21
Quadro 2 - < Classes socioeconômicas segundo o questionário de classificação econômica da ABEP, 2012 >	22
Figura 1 - < Classes socioeconômicas das famílias adstritas à USF central, Ampére – PR, julho, 2015 >.....	23
Tabela 1 - < Grau de instrução das mães dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.....	24
Tabela 2 - < SAN e InSAN entre as famílias investigadas, dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015 >.....	25
Tabela 3 – < Classificação de SAN e InSAN entre os gêneros chefe de família, dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015 >.....	25
Tabela 4 – < Associação das variáveis com as categorias: SAN, InSAN leve, moderada e grave, com Intervalo de Confiança (IC) em amostra de famílias (n=206) adstritas à USF central, Ampére – PR, julho, 2015 >.....	26

LISTA DE SIGLAS

ABEP: Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa

APS: Atenção Primária à Saúde

CAISAN: Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CONSEA: Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional

DHAAS: Direito humano à alimentação adequada e saudável

EBIA: Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ESF: Estratégia da Saúde da Família

IBASE: Pesquisa do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

InSAN: Insegurança alimentar e nutricional

LOSAN: Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PBF: Programa Bolsa Família

PFZ: Programa Fome Zero

PIB: Produto Interno Bruto

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNSAN: Política nacional de segurança alimentar e nutricional

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

SAN: Segurança Alimentar e Nutricional

SF: Saúde da Família

SISAN: Sistema Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional

USF: Unidade da saúde da família Central

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	OBJETIVOS	12
1.1.1	Objetivo geral	12
1.1.2	Objetivos específicos.....	12
1.2	JUSTIFICATIVA.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	A CONSTRUÇÃO DE SAN NO BRASIL E A INTERFERÊNCIA DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA INSEGURANÇA ALIMENTAR	14
2.2	A ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL..	16
2.3	O NASF E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	17
3	MÉTODOS.....	20
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.3	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS	21
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	22
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4	RESULTADOS.....	24
5	DISCUSSÃO.....	28
6	CONCLUSÃO	32
	REFERÊNCIAS.....	33

INTRODUÇÃO

Ao final da segunda guerra mundial, a questão de segurança alimentar (SA) da população era compreendida, basicamente, como uma limitação na disponibilidade de alimentos e uma ameaça aos países, especialmente aos europeus, que se encontravam sem condições de produção de alimentos em quantidade suficiente para sua população (SEGALL – CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

No Brasil, a construção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) iniciou-se com Josué de Castro na década de 40, denunciando a conspiração do silêncio em torno da fome provocada pelos interesses e preconceitos de ordem moral, política e econômica da civilização ocidental (ROCHA, 2013). Denominou-a de fome coletiva parcial, devido à falta permanente de determinados nutrientes na dieta habitual da população. Porém, somente em 1985, a SA apareceu como referência para proposta de política de combate à fome (MALUF, 2011).

A primeira definição de SAN no Brasil foi elaborada no Fórum brasileiro de SAN, em 2003, e aprovada em 2004 na II Conferência de SAN em Olinda como sendo “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis” (II conferencia de SAN. Olinda, 2004).

No Brasil a SAN, consagrou-se pela aprovação da Lei nº 11.346, de 16 de setembro de 2006, intitulada Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006), que instituiu o Sistema de Segurança alimentar e Nutricional (SISAN) e com a promulgação da Política Nacional de SAN (PNSAN) pelo decreto nº 7272 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010; ROCHA, 2013). Foi fruto do esforço da sociedade brasileira, através da mobilização social e de iniciativas oriundas do governo e organizações sociais, subordinada a dois princípios: o direito humano a alimentação adequada e saudável (DHAAS) e a soberania alimentar (MALUF, 2011). A alimentação como direito social básico, foi incluída na Constituição Federal em 2010, após sete anos de mobilização para a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional - PEC 047/2003 que colocou a alimentação no artigo 6º, ao lado da

educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e da assistência aos desempregados assegurando, portanto, a todo cidadão brasileiro desde o nascimento até seu último dia de vida o direito à alimentação (BATISTA, 2010).

Nos últimos anos ampliou-se a ideia da falta e escassez do alimento e sua relação com a insegurança alimentar, como também a ingestão de alimentos de forma inadequada como causa de danos à saúde, comprometendo assim a qualidade de vida (MALUF, 2011). Assim, sentiu-se a necessidade de medi-la para se tecer um panorama nacional referente a este aspecto. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), utilizada desde 2004 no país, é um instrumento auxiliar na investigação da insegurança alimentar. Segall-Corrêa e Leon (2009) citam que a EBIA é uma ferramenta amplamente utilizada no Brasil, para a formação de recursos humanos comprometidos com esforços de combater as desigualdades sociais, e como indicador adequado e válido para as políticas de combate à insegurança alimentar e fome, tanto em âmbito federal quanto municipal.

Os resultados da Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD), o percentual de domicílios particulares brasileiros que se encontravam em algum grau de insegurança alimentar caiu de 30,2% em 2009 para 22,6% em 2013 (IBGE, 2010a; IBGE, 2014). Em Campinas, Leão et al., (2005) encontraram cerca de 6,6% e Panigassi (2005) 7,6%, em Brasília, a proporção de domicílios que sofriam insegurança alimentar grave, ou seja, restrição quantitativa importante de alimentos, concluindo pela existência de fome nesses domicílios, inclusive entre as crianças. Viana e Segall-Corrêa (2008) observaram em residências de 14 municípios da Paraíba prevalência de 11,3% de insegurança alimentar grave; 17,6% de insegurança moderada; 23,6% de insegurança leve e, além disso, verificaram que as famílias de menor estrato de renda apresentaram menor prevalência de insegurança alimentar grave, quando incluídas em programas sociais.

Segundo Peixoto et al. (2014), a EBIA é uma importante ferramenta ao alcance da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para inquerir a situação de insegurança alimentar e nutricional (InSAN), identificando as áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais mais acometidos, com agravos nutricionais em âmbito local, aumentando suas possibilidades de intervenção, contribuindo para aumentar a capacidade de resolver problemas de saúde da população.

O NASF foi criado pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008) com a intenção de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a

ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Em 2011, com a nova edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde, o NASF permanece como essencial para o fortalecimento das ações da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011). Deve ser composto por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuação conjunta com as Equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Não se constitui porta de entrada do sistema, mas sim de apoio às equipes de SF (BRASIL, 2009).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Investigar a insegurança alimentar na população residente em uma área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Ampére- PR.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar os níveis de insegurança alimentar junto à população estudada;

Levantar o perfil socioeconômico das famílias pesquisadas;

Investigar a associação de SAN e os graus de InSAN com as variáveis: nível socioeconômico, beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda, escolaridade materna, usuário da Unidade de Saúde da Família Central, Gênero do chefe da família, número de moradores e número de crianças no domicílio.

1.2 JUSTIFICATIVA

A construção de SAN no Brasil deve estar associada, em sua formulação, ao monitoramento e avaliação das ações e políticas públicas, de modo que seu desenvolvimento

e reconhecimento sejam visualizados como objetivo público, a ser alcançado com auxílio do Estado e participação social (MALUF, 2011). Corrêa (2007) destaca que a percepção da insegurança alimentar auxilia no aprimoramento de políticas públicas nessa área e a EBIA representa ser um instrumento de alta confiabilidade e consistência, sendo um recurso de baixo custo e fácil uso para identificação de famílias sob o risco de insegurança alimentar.

Pimentel e Sichieri (2009) avaliaram, em Campos Elíseos/Duque de Caxias – RJ, a IA em 402 famílias com crianças menores de 30 meses, encontrando um percentual de 39,0% de InSAN leve; 21,0% moderada e 12% na forma grave. Dados do IBGE (2010b), referentes a 2009, mostraram, no Paraná, uma prevalência de 15,3%, dados recentes de 2013 demonstraram que passou para 16, 2% dos Paranaenses com algum grau de InSAN (IBGE, 2014).

Em Toledo, município situado na região oeste do Estado do Paraná, Anschau; Matsuo e Segall-Corrêa (2012) observaram uma prevalência de InSAN em 74,6% entre as famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, sendo destes 44,9% na forma leve; 23,8% moderada e 5,9% grave.

Monitorar a SAN é essencial para avaliação das políticas públicas referente ao tema bem como subsidiar suas ações nos diferentes níveis – Federal, Estadual e Municipal. O Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2011) considera que identificar as famílias mais vulneráveis à insegurança alimentar é fundamental para encontrar formas viáveis de solução do problema relacionados ao assunto.

A expansão e consolidação da temática de Segurança Alimentar nas agendas política e acadêmica de vários países nas últimas décadas precisam de investimento de pesquisa, envolvendo setores organizados da sociedade civil e governamentais, capazes de dar consistência a programas e ações na área (ROCHA, 2013). Assim, torna-se pertinente a realização da pesquisa aqui proposta para a realização do retrato da InSAN dessas famílias, uma vez que inexistem estudos realizados nesta região. Os resultados do estudo irão subsidiar o planejamento de ações e políticas em nível local, com o intuito de diminuir a insegurança alimentar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CONSTRUÇÃO DE SAN NO BRASIL E A INTERFERÊNCIA DE PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA INSEGURANÇA ALIMENTAR

No Brasil, a concepção de SAN acompanhou a repercussão da discussão da problemática alimentar na América Latina, com destaque à análise de Josué de Castro, referente ao diagnóstico da fome no Brasil, em 1946. Josué de Castro argumentava que a fome era um problema complexo, que se originava das manifestações biológicas, sociais e econômicas, como também devido à ignorância dos fundamentos da ciência da alimentação, uma vez que apesar da disponibilidade financeira e produção suficiente, ainda assim a população brasileira permanecia com uma alimentação imprópria e insuficiente (MALUF, 2011).

No início da chamada Nova República em 1985, a segurança alimentar apareceu pela primeira vez como proposta de política contra a fome, porém teve poucas consequências na prática, mas ainda assim, continham em sua base dois objetivos: atender as necessidades alimentares da população e atingir a autossuficiência nacional na produção de alimentos. Em 1986 realizou-se a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição na qual se incorporou o adjetivo Nutricional à noção de SA, porém somente em 2004 na II Conferência Nacional de SAN, foi aprovada a definição de SAN no Brasil (MALUF, 2011).

Segundo Deves e Fillipi (2008) o adjetivo nutricional, enfatiza a perspectiva intersetorial da SAN, visualizando-se, assim, SA de maneira mais abrangente, pois não está somente relacionada às populações mais vulneráveis, mas também ao reflexo dos processos produtivos destes alimentos, o que se está consumindo, a qualidade e quantidade dos alimentos. Um fato que sustenta esta afirmação se refere à obesidade e desnutrição, que se relacionam a qualidade (nutricional) dos alimentos, e outro aspecto se relaciona à perda do hábito de produção e a tradição alimentar.

O conceito de SAN sofreu inúmeras modificações, porém após a publicação da Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional houve maior consenso entre sua importância e prática, dentro da alimentação e nutrição (MAZUR, 2014).

Cabe destacar que no ano de 1991 o combate à fome havia sido incluído como uma das principais prioridades do movimento pela Ética na Política. Em 1993, no governo de

Itamar Franco, originou-se a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida e a instituição do primeiro Conselho Nacional de Segurança alimentar (MALUF, 2011). No entanto, no governo de Fernando Henrique Cardoso, houve um retrocesso no desenvolvimento da discussão de SAN no país, com a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e criação do Programa Comunidade Solidária, que se dirigiu na direção contrária, pois pretendia combater a fome e a pobreza simplesmente com um plano de estabilização econômica (MALUF, 2011).

Com a criação do fórum brasileiro de SAN em 1998, retomaram-se os debates sobre o tema, evoluindo para uma perspectiva de intersetorialidade, demandando ações e programas integrados, institucionalidade e execução. Somente na década de 90 a agenda de políticas públicas à proteção social, combate à pobreza e à promoção de SA foi incorporada ao debate sobre programas de transferência de renda (COSTA E BURLANDY, 2013).

O Programa Fome Zero (PFZ) foi considerado um avanço, instituído pelo Governo Lula em 2003, contemplando a área de assistência e desenvolvimento social focalizado na erradicação da fome e no enfrentamento da desnutrição, tendo como guia a transferência de renda e ações que favoreciam o acesso aos alimentos pelas populações mais pobres (ROCHA, 2013). Maluf (2011) destaca que dentre as estratégias do PFZ, estava a criação do cartão alimentação, destinado a suplementar a renda das famílias, a fim de garantir o acesso regular a alimentos. Logo em seguida, houve a transição para o Programa Bolsa Família (PBF), que unificou vários programas que promoviam a transferência de renda (bolsa alimentação, bolsa escola, cartão alimentação e vale gás), que buscava atingir 11,1 milhões de famílias em 2006. Neste mesmo conjunto de mudanças houve ainda, ações relacionadas ao abastecimento alimentar, agricultura, restaurantes populares, banco de alimentos e cozinhas comunitárias, com o propósito de articular sistemas de SAN. Neste sentido, o PBF busca promover a SAN, por meio de ações dirigidas a famílias com dificuldade de acesso aos alimentos e pobreza extrema, que segue quatro eixos principais: a ampliação do acesso, fortalecimento da agricultura, geração de emprego e renda, mobilização e controle social.

Dentre os fatores que influenciam a segurança alimentar, Peixoto et al. (2014), em seu estudo encontrou a vulnerabilidade social como um dos indicadores mais sensíveis, na medida em que é capaz de influenciar o poder de compra e aquisição de alimentos. O Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE, 2008) apresentou outro fator que influencia a SAN: o repasse de recursos financeiros, citando a repercussão do PBF na segurança alimentar de cinco mil beneficiários, em 229 municípios brasileiros contemplando todas as regiões. O estudo identificou alta prevalência de insegurança alimentar (IA): 21,0%

de InSAN grave; 34,0% de InSAN moderada; e 28,0% de InSAN leve. Verificou também que as famílias beneficiadas aumentaram o consumo de alimentos, principalmente daqueles que integram a cesta básica, assim como de bens prioritários (BAPTISTELA, 2012; FERRARIO, 2013).

A alimentação é considerada um direito inegável, e relacionada a SAN está a perspectiva do Direito Humano a uma Alimentação Adequada (DHAA) e a soberania alimentar (VIANNA, SEGALL-CORREA, 2008). A política de combate à fome é apoiada institucionalmente pelo PFZ e busca assegurar este direito às pessoas com dificuldade de acesso aos alimentos, pela expansão da produção e do consumo de alimentos saudáveis, geração de ocupação e de renda, e pela melhoria da escolarização e das condições de saúde (BRASIL, 2007).

2.2 A ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Na década de 1990, nos EUA, com o intuito de investigar a SAN, foi realizada uma pesquisa qualitativa que foi o primeiro instrumento de avaliação da condição da SAN das famílias americanas (BICKEL et al., 2000). Em 2004 essa escala foi adaptada e validada para a população brasileira por pesquisadores da Universidade de Campinas (UNICAMP), sendo denominada Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004). Tal escala é considerada medida direta de SAN das famílias brasileiras. A EBIA é um instrumento com boa consistência interna e externamente, além de ser de baixo custo e fácil aplicação. A escala inicialmente avalia a preocupação, depois a qualidade da alimentação da família e, por último, a deficiência em quantidade. O instrumento permite averiguar a condição de InSAN, desde a preocupação de o alimento acabar, até o quadro de fome evidenciado pelo jejum (BICKEL et al., 2000; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Segundo Vianna, Segall-Corrêa (2008) o desenvolvimento da EBIA possibilitou a realização de diversas pesquisas locais e de uma pesquisa nacional, incluída na Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares (PNAD), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2004, na qual identificou que 34,8% da população brasileira sofria com algum grau de insegurança alimentar, representando um importante problema de saúde pública.

O Relatório Mundial sobre InSAN de 2014, publicado pela FAO (BRASIL, 2014) revelou que o Brasil reduziu de forma muito expressiva a fome, a desnutrição e subalimentação nos últimos anos. O Indicador de Prevalência de Subalimentação, medida empregada pela FAO há cinquenta anos para dimensionar e acompanhar a fome em nível internacional atingiu nível abaixo de 5%, o limite estatístico da medida, abaixo do qual se considera que um país superou o problema da fome. O relatório ainda destacou que entre 1990 a 2012, a parcela da população em extrema pobreza passou de 25,5% para 3,5%.

No entanto, alguns estudos em certas regiões do Brasil, como no estado de Goiás, demonstraram que o nível de IA aumentou de 34,5 para 37,8%, ou mais especificamente: o nível de insegurança alimentar leve passou de 18,0 para 25,6%; InSAN moderada, de 11,6 para 7,1%; e insegurança alimentar grave, de 4,9 para 5,1% (IBGE, 2010). Em 2013 essas prevalências tiveram grande diminuição, demonstrou InSAN leve (13,5%); Moderada (3,5%) e na forma Grave (2,7%) (IBGE, 2014).

Já em Itumbiara, município de Goiás, Peixoto et al. (2014), encontraram na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) um percentual de 51,4% de InSAN. Estas prevalências podem apresentar variações de acordo com as regiões do país, portanto, conhecer a prevalência de insegurança alimentar e nutricional é de grande importância para a avaliação das condições de vida e, conseqüentemente, para o planejamento de políticas públicas de combate à fome que sejam específicas a determinada região.

2.3 O NASF E SUA RELAÇÃO COM A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil pela Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Foram Regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e segundo Andrade et al., (2012) a referida Portaria reafirma a atenção primária á saúde como principal nível de coordenação da integralidade nas ações de saúde, tanto no âmbito da promoção, como na prevenção de agravos, vigilância à saúde e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão. Os autores ressaltam, ainda, a importância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

O NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos, que devem ser considerados pelos profissionais de saúde na intervenção (BRASIL, 2011). Destaca-se a ação do NASF no sentido da integralidade e também sob a óptica dos seus nove eixos estratégicos, está inserida a alimentação e nutrição (BRASIL, 2010). A equipe NASF/Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reconhece a impossibilidade do setor saúde de responder sozinho a transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Assim, aponta o desafio da sua participação na construção de estratégias e ações intersetoriais que propiciem uma articulação das responsabilidades dos distintos setores sobre a complexa determinação da saúde (BRASIL, 2006).

A garantia da SAN exige que o direito à saúde seja respeitado e concretizado para que seja alcançado seu fim, que é a realização da alimentação e nutrição adequada. Da mesma forma, a garantia da saúde também depende de ações de diversas áreas que garantam a realização dos demais direitos humanos, entre eles o direito à alimentação adequada, que constituem a base para a plena saúde em seu conceito mais amplo. Considera-se então que para se ter saúde é preciso ter SAN, para se ter SAN é preciso ter saúde (VALENTE, et al., 2007; LEÃO, 2013).

Pinheiro (2005) cita a promoção da alimentação adequada e saudável como uma zona de intersecção entre a promoção da saúde e a promoção de SAN, podendo aproximar e subsidiar o diálogo intersetorial, imprescindível tanto para a garantia da SAN quanto da saúde, pois nesta análise, os fatores determinantes da saúde também vão influenciar na condição de SAN dos indivíduos e coletividades. Considerando o conceito abrangente de saúde, percebe-se que se concretiza mediante a garantia da SAN, compreendendo-se que a promoção da saúde e da SAN são interdependentes e inter-relacionadas.

Neste sentido, destaca-se a atuação do NASF na Atenção Primária à Saúde, como um instrumento auxiliar no cuidado à saúde e também promotor de segurança alimentar, considerando-se as diretrizes propostas pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Destaca-se a 1ª diretriz, que diz respeito à promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em

situação de insegurança alimentar e nutricional e a 5ª que faz menção ao fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais políticas de segurança alimentar e nutricional (CAISAN, 2011).

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Realizou-se uma pesquisa de campo, de natureza quantitativa com corte transversal, descritiva.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O campo da pesquisa foi o município de Ampére, localizado no sudoeste do Paraná, com uma população de 18.439 habitantes e aproximadamente 4619 domicílios urbanos, índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,709 e um produto interno bruto (PIB) per capita de R\$ 14.362 (IPARDES, 2014). O município desde 2012 possui o NASF II composto por três profissionais de nível superior (Assistente social, Nutricionista e Psicólogo), que se vinculam à quatro Unidades de Saúde da Família (USF).

O presente estudo foi realizado com as famílias da área de abrangência da USF Central do município, a qual tem atuação do NASF. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, em novembro de 2014, a mesma possuía 913 domicílios mapeados e cadastrados. As demais unidades não foram consideradas, por apresentarem seus mapas de cadastro desatualizados.

O tamanho da amostra foi determinado considerando-se o total de domicílios mapeados pelas Agentes de Saúde e respectivamente cadastrados na Secretaria de Saúde do município. Utilizou-se uma proporção esperada de famílias com a característica de interesse de 30%, intervalo de confiança de 95% ($z = 1,96$ da distribuição normal); erro de amostragem permitido de 5%, e correção para possíveis perdas na coleta de 20%. A partir destes critérios obteve-se uma amostra aleatória simples de 239 domicílios; com correção para possíveis perdas, 287 domicílios.

Os domicílios em que não se encontrou morador, após três tentativas, foram substituídos pelo seguinte, conforme o mapeamento. No estudo houve 27 (9,4%) dos domicílios onde foram realizadas as três visitas e posteriormente repassado ao próximo domicílio.

Para determinar o tamanho amostral foi utilizada a amostragem estratificada segundo o número de residências cadastradas. Os domicílios foram selecionados de forma sistemática, com base no mapeamento das famílias cadastradas pertencentes à USF.

3.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS

Para mensurar o grau de insegurança alimentar foi utilizada a EBIA, um instrumento baseado na escala utilizada pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América criada a partir do estudo qualitativo desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Cornell em Nova York (RADIMER et al., 1992), adaptado para o Brasil por Perez-Escamilla et al., (2004) e largamente utilizado desde 2004, sendo este o único instrumento validado no país, que investiga de forma direta a insegurança alimentar por meio das suas percepções da fome.

A EBIA é composta por quinze perguntas com opções de respostas SIM e NÃO que classifica a insegurança alimentar em quatro níveis: Insegurança Alimentar (IA) grave - de onze a quinze respostas positivas - condição em que há restrição da quantidade de alimentos, levando à situação de fome entre adultos e crianças da família. IA moderada - de seis a dez respostas positivas - nesta situação há comprometimento da qualidade da alimentação, na busca de manter a quantidade necessária; inicia-se a redução da quantidade de alimentos entre os adultos da família. IA leve - de uma a cinco respostas positivas - há preocupação com a falta de alimentos no futuro próximo e arranjos domésticos para que os alimentos durem mais e Segurança Alimentar - todas as respostas aos itens da EBIA são negativas - neste caso não há problema de acesso aos alimentos em termos qualitativos ou quantitativos e não há preocupação de que os alimentos venham a faltar no futuro (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004).

Pesquisou-se também, o nível socioeconômico das famílias (ABEP, 2012) e se são beneficiárias de programas de transferência de renda e/ou de doação de alimentos.

A aplicação dos questionários aconteceu no mês de julho de 2015, com auxílio de cinco acadêmicas do curso de Nutrição, da Universidade Federal da Fronteira Sul *Campus Realeza*, devidamente treinadas.

3.4 ANALÍSE DOS DADOS

As variáveis pesquisadas foram (i) Insegurança alimentar (IA), (ii) nível socioeconômico, (iii) beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda (vi) escolaridade materna (v) usuário da Unidade da saúde da família Central, (vi) número de moradores; (vii) número de crianças no domicílio; (viii) gênero do Chefe da família.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do *software* Excel[®] versão 2010. Para verificar a associação entre as variáveis utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, ao nível de 5% de significância com as categorias Segurança alimentar, Insegurança alimentar: leve, moderada e grave, e calculou-se os respectivos Intervalo de confiança (IC_{95%}) (MAGALHÃES, 2004).

A classificação das famílias quanto a Segurança ou InSAN se deu conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Classificação e ponto de corte de Segurança alimentar segundo a EBIA, 2004.

Classificação	Ponto de corte para domicílios com maiores de 18 anos	Ponte de corte para domicílios com menores de 18 anos
Segurança alimentar	0 respostas positivas	0 respostas positivas
Insegurança leve	1 a 3 respostas positivas	1 a 5 respostas positivas
Insegurança moderada	4 a 6 respostas positivas	6 a 10 respostas positivas
Insegurança grave	7 a 8 respostas positivas	11 a 15 respostas positivas

Fonte: PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004.

Para classificar o nível socioeconômico utilizaram-se os parâmetros recomendados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2012). Esse índice estabelece uma pontuação de 0 a 6 de acordo com os bens patrimoniais e escolaridade do chefe da família, podendo a família enquadrar-se em oito classes socioeconômicas (Quadro 2).

Quadro 2 - Classes socioeconômicas segundo o questionário de classificação econômica da ABEP, 2012.

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

Fonte: Associação brasileira de empresa de pesquisa (ABEP), 2012.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), e aprovada conforme CAAE nº 41849015.2.0000.5564. Assegurou-se ao participante sua decisão de não fazer parte da pesquisa ou sua desistência a qualquer momento, bem como não responder a todas as questões.

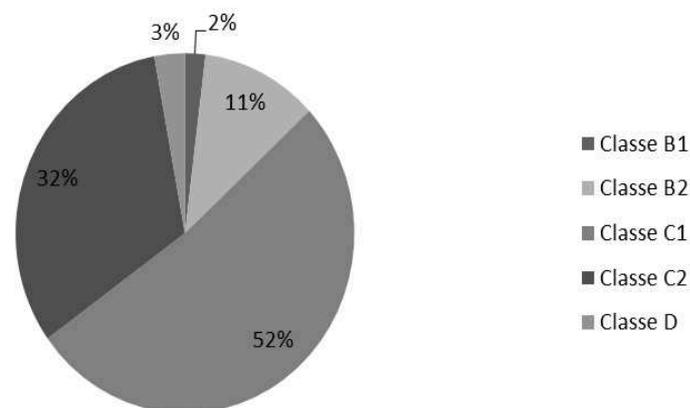
Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a 18 anos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4 RESULTADOS

Dos 287 domicílios visitados, 81 (28,22%) recusaram-se a participar, resultando em uma amostra de 206 famílias. Dentre os participantes, 73,30% dos responsáveis eram do gênero masculino. Quanto ao saneamento básico: 77,18% possuíam rede de esgoto; 99,02% contavam com abastecimento público de água e 100% com coleta pública de resíduos. Quanto à situação do imóvel: 80,58% eram próprios; 17,96% alugados e 1,45% cedidos.

Quanto à classe econômica (Figura 1) 52,0% das famílias encontravam-se na classe C1, que significa segundo ABEP (2012), uma renda média familiar de R\$ 1.541 mensal. A condição de ser beneficiário de doações de alimentos e/ou de programa de transferência de renda foi relatada por 5,33% dos entrevistados.

Figura 1 - Classes socioeconômicas das famílias adstritas à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.



Fonte: Do autor, 2015.

O grau de instrução mais prevalente entre as mães foi a 2ª parte do ensino fundamental incompleto (6ª a 8ª série) 37,38%, e 24,27% possuíam escolaridade Analfabeto / 1ª parte do fundamental (1ª a 5ª série) incompleta (Tabela 1). A composição familiar nos domicílios pesquisados variou de 1 a 7 membros, com maior percentual (37%) com três moradores.

Tabela 1 - Grau de instrução das mães dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.

Grau de instrução da mãe	n	%
Analfabeto / 1ª parte do fundamental (1ª a 5ª série) incompleta	50	24,27
2ª parte do ensino fundamental incompleto (6ª a 8ª série)	77	37,38
Ensino fundamental completo / Ensino médio incompleto	33	16,02
Ensino médio completo (2º grau) / superior incompleto	19	9,22
Ensino superior completo	27	13,11
Total	206	100

Fonte: Do autor, 2015.

A presença de InSAN ocorreu em 45,63% das famílias participantes. Os domicílios sem menores de 18 anos apresentaram 38,09% de InSAN. Nos domicílios com presença de menores de idade a InSAN foi maior 53,46%, deste modo, as famílias que possuíam em sua constituição menores de 18 anos, apresentaram 15,37% a mais de InSAN. Porém, observou-se que a InSAN Grave, é mais prevalente nos domicílios sem a presença de menores de 18 anos em sua composição (Tabela 2).

Quando o chefe da família era do gênero masculino apresentou 9,86% a menos de prevalência de InSAN 33,77%, em relação ao gênero feminino 43,63% (Tabela 3).

Tabela 2 - SAN e InSAN entre as famílias investigadas, dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.

Classificação	n	%
Classificação Geral de SAN e InSAN dentre os domicílios		
SAN	112	54,37
InSAN	94	45,63
Total	206	100
Domicílios com a presença de menores de 18 anos		
SAN	47	46,54
InSAN Leve	48	47,52
InSAN Moderada	5	4,95
InSAN Grave	1	0,99
Total	101	100
Domicílios sem a presença de menores de 18 anos		
SAN	65	61,91
InSAN Leve	32	30,47
InSAN Moderada	6	5,72
InSAN Grave	2	1,9
Total	105	100

Fonte: Do autor, 2015.

Tabela 3 – Classificação de SAN e InSAN entre os gêneros chefe de família, dos domicílios adstritos à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.

Chefe da família	n	SAN (%)	n	InSAN(%)	Total
Feminino	36	56,37	19	43,63	55
Masculino	100	66,23	51	33,77	151
Total					206

Fonte: Do autor, 2015.

Quanto à associação das variáveis com as categorias Segurança alimentar, Insegurança leve, moderada e grave, ocorreu com: escolaridade materna ($p= 0,0036$), usuário da USF

Central ($p= 5,84^{-25}$), nível socioeconômico ($p= 1,60^{-43}$) e beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda ($p= 0,0369$) conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Associação das variáveis com as categorias: SAN, InSAN leve, moderada e grave, com Intervalo de Confiança (IC) em amostra de famílias ($n=206$) adstritas à USF central, Ampére – PR, julho, 2015.

Variáveis	n	%	IC _{95%} ^a				P ^b
Escolaridade Materna			SAN	InSAN leve	InSAN moderada	InSAN Grave	
Analfabeto / 1ª parte do fundamental (1ª a 5ª série) incompleta	51	25	9,48 - 17,38	6,91 - 13,99	0,00 - 2,14	0,00 - 0,00	0,0036
2ª parte do ensino fundamental incompleto (6ª a 8ª série)	20	10	1,36 - 5,60	1,36 - 5,60	0,00 - 4,29	0,00 - 0,00	
Ensino fundamental completo / Ensino médio incompleto	31	15	4,42 - 10,50	2,46 - 7,49	0,00 - 2,14	0,00 - 1,31	
Ensino médio completo (2º grau) / superior incompleto	77	37	16,64 - 26,14	11,24 - 19,60	0,00 - 1,31	0,00 - 2,14	
Superior Completo	27	13	6,06 - 12,84	1,02 - 4,95	0,00 - 2,14	0,00 - 0,00	
Usuário da Unidade de saúde da família Central							
Sim	188	91	40,04 - 53,84	30,84 - 41,97	2,74 - 7,94	0,07 - 2,84	5,84 ⁻²⁵
Não	18	9	3,03 - 8,54	0,65 - 4,21	0,0 - 1,29	0,00 - 0,00	
Nível Socioeconômico							
B1	4	2	0,00 - 2,11	0,00 - 2,11	0,00 - 0,00	0,00 - 0,00	1,60 ⁻⁴³
B2	23	11	4,28 - 10,29	1,30 - 5,49	0,00 - 1,29	0,00 - 0,00	
C1	105	51	25,71 - 36,42	14,40 - 23,46	0,00 - 1,29	0,00 - 11,29	
C2	66	32	8,78 - 16,46	10,91 - 19,19	1,30 - 5,49	0,00 - 2,11	
D	8	4	0,35 - 3,54	0,00 - 2,11	0,00 - 2,11	0,00 - 0,00	
Ser beneficiário de programa de doação de alimento e/ou transferência de renda							
Sim	13	5	0,07 - 2,84	1,65 - 6,12	0,00 - 1,29	0,00 - 1,29	0,0369
Não	193	94	46,65 - 58,21	29,43 - 40,47	2,74 - 9,94	0,00 - 2,11	
Número Total de Moradores							
1	9	4	0,65 - 4,21	0,00 - 3,21	0,00 - 1,78	0,00 - 0,80	0,4626
2	59	29	13,08 - 21,87	5,47 - 14,25	0,35 - 4,54	0,00 - 1,62	
3	74	36	13,96 - 22,93	11,34 - 15,53	0,07 - 1,46	0,00 - 0,49	
4	44	21	8,36 - 15,91	5,07 - 8,25	0,00 - 1,29	0,00 - 0,49	
5	12	6	0,07 - 2,84	1,30 - 5,49	0,00 - 2,11	0,00 - 0,00	
6	7	3	0,07 - 2,84	0,35 - 3,54	0,00 - 0,00	0,00 - 2,77	
7	1	0	0,00 - 0,00	0,00 - 1,29	0,00 - 5,27	0,00 - 5,68	
Número de crianças no domicílio							
0	105	51	25,71 - 36,42	11,34 - 19,72	1,63 - 5,49	0,00 - 2,11	0,3342
1	63	31	10,48 - 18,64	10,05 - 18,10	0,45 - 3,54	0,00 - 0,00	
2	32	16	4,67 - 10,86	4,28 - 10,29	0,00 - 0,00	0,00 - 1,29	
3	5	2	0,00 - 1,29	0,07 - 2,84	0,00 - 1,29	0,00 - 0,00	
4	1	0	0,00 - 0,00	0,00 - 1,29	0,00 - 0,00	0,00 - 0,00	
Chefe da Família							
Feminino	55	27	10,91 - 19,19	6,28 - 13,13	0,00 - 2,11	0,00 - 2,11	0,3519
Masculino	151	73	33,20 - 44,47	23,87 - 34,38	2,37 - 7,34	0,00 - 1,29	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%

b) Teste Qui-quadrado de Pearson

5 DISCUSSÃO

Com a sanção da LOSAN, em 2006, fica instituído o Sistema Nacional de SAN (SISAN), que tem como objetivos: a formulação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) nas diferentes esferas de governo; e a inclusão de princípios e diretrizes de segurança alimentar e nutricional nas políticas referentes às áreas abrangidas pela definição de SAN adotada no Brasil. Particularmente em relação à área da saúde, a LOSAN explicita, em seu artigo 6º, que a SAN abrange a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situações de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006).

No que tange especificamente à Política municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, é preciso antes constar que no Paraná a Política Estadual de SAN teve início em 2008, pela Lei nº 15.791. Posteriormente, em 2010, a Lei nº 16.565 criou no Paraná o Sistema Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN-PR (RIBAS, 2011). Sendo que o município de Ampére não possui a Lei Municipal de SAN.

A atual pesquisa encontrou prevalência de InSAN de 45,63% na qual é maior que a média nacional de 22,6% e também superior do que as encontradas na Regiões Norte e Nordeste (36,1% e 38,1%, respectivamente), que são considerados os maiores percentuais do país. Nas demais Regiões o percentual de domicílios em situação de InSAN situaram-se abaixo dos 20%: 18,2% na Centro-Oeste; 14,5% na Sudeste e 14,9% na Sul. Em particular o Estado do Paraná da Região Sul, apresentou 16,10% de InSAN (IBGE, 2014).

No total de 65,3 milhões de Domicílios entrevistados em relação ao número de moradores na mesma pesquisa da PNAD/IBGE (2014), quanto maior o número de moradores do domicílio, o percentual de SAN decresce, domicílios com até 3 moradores apresentaram (81,0%); de 4 a 6 moradores (72,6%); de 7 moradores ou mais (49,5%). Em relação a responsabilidade do lar, os domicílios que referiram ser do homem (79,1) houve maior prevalência de segurança alimentar, quando comparado as mulheres (74,6%) (IBGE, 2014). Semelhantes ao aqui apresentado. Nos domicílios chefiados por mulheres a SAN também foi menor (56,37%), comparado quando chefiado por homens (66,23%). Em relação à quantidade de moradores, no presente estudo não demonstrou associação estatisticamente significativa com o aumento do número de moradores com as categorias de SAN e InSAN leve, moderada e grave.

A prevalência de insegurança alimentar é afetada pela presença de indivíduos na família com menos de 18 anos de idade e pelo número de pessoas que residem no domicílio. Tal fato pode estar associado à renda *per capita* que tende a ser menor nas residências que apresentam menores de idade e nas famílias com maior número de componentes essa renda pode ser aumentada, se estes forem na sua totalidade maiores de 18 anos (FRAGA et al., 2007; HOFFMANN, 2008; ONU, 2011).

Resultados em estudos que investigaram a realidade local, corroboram aos aqui apresentados Peixoto et al., (2014) investigaram a Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara-Goiás, avaliando 356 domicílios, onde a prevalência de Insegurança alimentar (IA) foi de 51,4%. Desse total 36,2% Insegurança leve; 11,3% Insegurança moderada e 3,9% da forma grave. E também encontraram prevalência de InSAN superior nas famílias com maior número de moradores e mais pobres.

No Norte de Alagoas, Ferreira et al., (2014), investigaram 1.444 famílias onde observaram uma prevalência maior, 63,7% das famílias encontravam-se com algum grau de InSAN. Essa proporção foi ainda maior entre as famílias que possuíam menores de 18 anos (65,5%) quando comparadas àquelas que não tinham indivíduos dessa faixa etária (55,4%), dados semelhante ao encontrado em Ampére-PR, onde demonstrou índice de 15,37% a mais de InSAN nas residências que possuíam menores de idade, comparado aos domicílios que não possuíam em sua constituição menores de idade, apesar de não ter sido estatisticamente significativo.

Em Campos Elíseos/Duque de Caxias - RJ a InSAN em 402 famílias com crianças menores de 30 meses, o percentual de InSAN foi ainda maior, encontrando um percentual de 39,0% em InSAN leve; 21,0% moderada e 12% na forma grave, totalizando 72% (PIMENTEL e SICHIERI, 2009).

Facchini et al., (2014) analisaram a InSAN em domicílios urbanos com crianças menores de sete anos de idade. Por meio de estudo transversal localizou-se, nas áreas de abrangência de unidades básicas de saúde, 5.419 domicílios na Região Nordeste e 5.081 na Região Sul do Brasil, observaram que em 54,2% dos domicílios do Nordeste e em 27,3% dos domicílios do Sul encontravam-se em situação de InSAN. Demonstrando que níveis nacionais não referem à realidade das condições de alguns municípios brasileiros, necessitando ser investigado em suas particularidades. Também observaram maior probabilidade de insegurança alimentar moderada e grave em domicílios chefiados por mulheres, com cor da

pele materna preta e parda/mestiça, com menor escolaridade materna, menor renda familiar per capita e beneficiários do Bolsa Família.

Ferreira et al., (2014) em seu estudo não encontrou dependência nas variáveis beneficiário do Programa Bolsa Família, número de residentes no domicílio > 4, chefe da família ser do sexo feminino e escolaridade materna < 4 ano, relacionado a InSAN, somente demonstrou que houve associação de InSAN em domicílios onde há moradores menores de 18 anos. O que também se assemelhou no que tange a prevalência ser maior em domicílios que possuíam menores de idade. Na atual pesquisa as associações ocorreu apenas com a escolaridade materna, ser beneficiário de transferência e/ou beneficiário de programa de doação de alimentos e ser usuário da unidade básica de saúde.

Segall-Corrêa e Marin-Leon (2009), avaliando o uso da EBIA entre os anos de 2003 e 2009 observaram que os beneficiários dos programas de transferência de renda em que a cada 10 Reais transferidos havia um aumento de 8 % de chance, do domicílio, passar da situação de insegurança alimentar para a de segurança.

No município de Colombo no estado do Paraná, investigaram a prevalência de inSAN entre os beneficiário do programa Bolsa Família (n=422), onde demonstrou que 81,6%. Houve relato de efeitos imediatos na melhoria da renda familiar, no poder de compra e na ampliação do acesso aos alimentos por meio da Transferência de renda (MONTEIRO et al., 2014), diferente do que foi relatado na atual pesquisa, visto que, apenas 1 dos pesquisados que referiram (n=11) receber algum benefício de transferência de renda, relataram ter aumentado o número de refeições. Embora a transferência de renda amplie a possibilidade de compra, ela parece não ser suficiente para melhorar a aquisição de alimentos da população estudada.

Anschau, Matsuo, Segall-Corrêa (2012) observaram associação entre InSAN e ser beneficiário do PBF, com uma prevalência 1,3 vezes menor de InSAN do que entre aquelas que não recebiam o benefício. Embora o estudo aqui apresentado não tenha pesquisado de forma direta o PBF, ser beneficiário de transferência e/ou beneficiário de programa de doação de alimentos demonstrou associação estatisticamente significativa. Destacando-se o papel desses recursos para melhorar a qualidade de vida da população que se encontra em vulnerabilidade socioeconômica e alimentar (COSTA e BURLANDY, 2013).

Lavinas e Versano (1997) destacam que a transferência de renda deve viabilizar o acesso aos serviços de saúde, educação, capacitação profissional, geração de emprego e renda, saneamento, água potável e habitação, o que é essencial para combater a insegurança alimentar e as desigualdades socioeconômicas, com o intuito de romper futuramente o círculo de dependência do beneficiário em relação governo.

O baixo nível de renda da população vem sendo afirmado sobremaneira neste início do século XXI como o principal motivo da dificuldade de acesso aos alimentos. Porém, a ele somam-se outras importantes causas na explicação do problema, tais como: as barreiras na intermediação de alimentos, entre a distribuição e a comercialização; as estatísticas de desemprego e subemprego que acarretam no baixo poder aquisitivo da população; na carência de recursos e insumos da agricultura; os salários insuficientes dos trabalhadores; os índices de crescimento econômico que ficam aquém dos desejados. (PROJETO Fome Zero, 2002; YAZBEK, 2003).

Deste modo para que aja o crescimento de SAN, Burlandy (2007) cita a promoção da educação nutricional nas escolas e nas USF, a oferta de uma alimentação escolar equilibrada, o incentivo e o subsídio do governo para criação de hortas comunitárias, a oferta de aulas práticas de culinária em cozinhas comunitárias, a ampliação de mercados e restaurantes populares com preços justos para a população de baixa renda e as intervenções no sistema de produção de alimentos, como o apoio à agricultura familiar e a viabilização de escoamento de produtos locais por meio de programas públicos.

Porém, mesmo com os avanços observados na diminuição das desigualdades sociais no Brasil, ainda é grande o contingente de pessoas que vivem em situação de insegurança alimentar (SEGALL-CORRÊA E MARION-LEON, 2009).

6 CONCLUSÃO

Considerando que o município de Ampére é um polo industrial da região Sudoeste e gerador de empregos, a Insegurança alimentar geral atingiu quase metade da população estudada, e esta foi ainda maior em domicílios com menores de idade do que naquelas com idade maior ou igual a 18 anos. Ainda demonstrou que as categorias de Segurança alimentar e os graus de InSAN, tem associação estatisticamente significativa com a escolaridade materna, nível socioeconômico, ser beneficiário de doação de alimentos e/ou transferência de renda, bem como ser usuário da USF Central.

Os achados em nível estadual e nacional, não refletem com fidedignidade a realidade aqui apresentado, demonstrando a necessidade de pesquisas que contemplem as especificidades locais, características dos municipais e regiões brasileiras. Neste sentido fica a indagação sobre como está a InSAN nos municípios vizinhos, e fica a sugestão de pesquisas futuras para se avaliar melhor a especificidade e a dimensão do problema da região, bem como sua resolutividade.

A EBIA pode ser uma importante ferramenta para a equipe do NASF, contribuindo com as USF no planejamento e organização das ações de cuidado nutricional local e no aprimoramento da qualidade dos serviços e melhoria da resolubilidade dessas equipes, atuando de forma efetiva sobre os determinantes dos agravos e problemas alimentares que acometem a população de sua área de abrangência.

Neste sentido a gestão pública precisa estar mais atenta às políticas de SAN, bem como ao seu desenvolvimento, para fins de melhorar a qualidade de vida da população e diminuir a prevalência de InSAN. Diante disto, o NASF também tem papel importante em conjunto com a gestão municipal, pois, é um agente promotor de prevenção, destacando seu papel na diminuição da Insegurança alimentar do município.

Em relação à pesquisa o instrumento da EBIA oferece algumas desvantagens, cabe destacar que, por ser uma medida subjetiva da InSAN, suscetível a vieses de benefício, se os entrevistados imaginam que, dependendo das respostas que derem às perguntas, eles próprios, seus domicílios e/ou suas comunidades poderão receber ajuda em alimentos ou benefícios sociais.

REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa- ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil 2012**. Disponível em: < <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em: 26 set. 2014.
- ANDRADE, L.M. B.; QUANDT, F. L.; CAMPOS, D.A.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S.; MORETTI-PIRES, R. O. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. & Transf. Soc**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.
- ANSCHAU, F.R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Rev Nutr**. v. 25, n.2, p. 177-89, mar./abr. 2012.
- BATISTA, F. M. Direito à alimentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v.10, n.2, p.153-156 abr./ jun., 2010.
- BICKEL, G.; NORD, M.; PRICE, C.; HAMILTON, W.; COOK, J. Guide to measuring household food security: revised 2000. **Alexandria: United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service**, 2000.
- 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. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n 3, maio-junho, 2009.
- BURLANDY L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Cien Saúde Colet**, v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 18 set de 2006.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional [documento final]. Fortaleza; 2006.
- BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. **Regulamenta a lei 10.836 de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providencias**. Brasília-DF, 17 de set de 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03_ato2004-2006/2004/decreto/D5209.htm>. Acesso em: 27 de agosto de 2015.
- BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretriz e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** 2012.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Fome zero: conceito.** Brasília. 2007. Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/oque-e>>. Acesso em: Out. 2014.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social. **O estado da segurança alimentar e nutricional no brasil: Um retrato multidimensional.** [relatório] Texto publicado pela Sede da FAO em Roma no Relatório State of Food Insecurity in the World, 2014. Brasília, Agosto, 2014. Disponível em: <<http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>>. Acesso em: 30 de out de 2014.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Publicada no Diário oficial da união em 04 mar. 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Publicado no *Diário Oficial da União* 24 out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.346 – 16 de setembro 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Publicado do Diário Oficial da União em 18 set. 2006.

BRASIL. Presidência da Republica. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010.** Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Publicado do Diário Oficial da União em 26 ago. 2010.

Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015.**-- Brasília, DF: CAISAN, 132p. 2011. Disponível em<
<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/LIVRO_PLANO_NACIONAL_CAISAN_FINAL.pdf>. Acesso em: 7 de set 2015.

CONSEA. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional** – Relatório Final. Centro de Convenções de Pernambuco, Olinda - PE, 17 a 20 de março de 2004.

CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Rev. Estudos avançados.** v. 21, n. 60, p. 147-154, 2007.

COSTA, R. S.; BURLANDY, L. **O programa Bolsa família no Brasil e sua relação com a segurança alimentar e nutricional sob a ótica das desigualdades raciais.** In: ROCHA, C. Segurança alimentar e nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas publicas. 22. Ed. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 2014. Cap 9, p.199-203.

DEVES, O. D.; FILIPPI, E. E. A segurança alimentar e as experiências das políticas agro-alimentares locais no fortalecimento da agricultura familiar. **IV congresso internacional de I Red Sial**. Argentina. Mar de la plata, p. 1-29, 31 out de 2008. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/587.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2014.

FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MOTTA, J. V. S.; TOMASI, E.; SILVA, S. M. THUMÉ, E. et al . Food insecurity in the Northeast and South of Brazil: magnitude, associated factors, and per capita income patterns for reducing inequities. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p.161-174, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100161&lng=pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036013>.

FERRARIO, M. **Análise do impacto dos programas de transferência de renda sobre as despesas familiares com o consumo**. 2013. 91 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Curso de Ciências Econômicas, Piracicaba (SP), 2013.

FERREIRA, H. da S.; SOUZA, M. E.C. A. de.; MOURA, F. A.; HORTA, B. L. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.5, p. 1533-1542, 2014. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.06122013>

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS – FAO. El derecho a la alimentación en la práctica: aplicación a nivel nacional. Roma, 2006. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/016/ah189s/ah189s.pdf>>. Acesso em: 24 ago./2015.

FRAGA, D.S.; CAMARGO, M.; VITOLO, M.R.; SANTOS, R.P.M. Relação entre insegurança alimentar e perfil socioeconômico das famílias residentes em uma área de risco de Porto Alegre/RS. **Boletim da Saúde**, v.21, n. 1, p.67-76, 2007.

GOMES, N. N. J. **Segurança alimentar e nutricional como princípio orientador de políticas públicas no Marco das necessidades humanas**. 2007. 339 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, programa de pós- graduação em Política social, Brasília, 2007.

HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004. **Segur Aliment Nutr**, Campinas, v.15, n.1, p. 49-61, 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). **Segurança Alimentar 2004/2009**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE: Rio de Janeiro, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004/2009: segurança alimentar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010a.

<http://www.ibge.gov.br/graficos_dinamicos/seguranca_alimentar/index.htm>. Acesso em: 3 set. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004/2009: Segurança alimentar**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010b. Disponível em

<http://www.ibge.gov.br/graficos_dinamicos/seguranca_alimentar/index.htm>. Acesso em: 5 set. 2014.

Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE). **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas:** documento síntese. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas; 2008.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2004/2009: segurança alimentar.** Goiás: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=go&tema=pnad_seguranca_alimentar_2009>. Acesso em: 23 out. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança alimentar: 2004.** Rio de Janeiro, 2006.

Instituto Brasileiro de geografia e estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.** Segurança alimentar, 2013. Rio de Janeiro, p.1-134, 2014. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/xml/suplemento_pnad.shtm>. Acesso em 26 de Outubro de 2015.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). Disponível em: <<http://www.ipardes.pr.gov.br/imp/index.php>>. Acesso em: 30 de set. 2014.

LAVINAS, L.; VERSANO, R. **Programas de garantia de renda mínima e ação coordenada de combate à pobreza.** Brasília: IPEA; 1997. (Texto para Discussão, 534).

LEÃO, M. **Fome e insegurança alimentar no Distrito Federal.** 2005. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

LEÃO, M.M. O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: **Abrandh**, 2013.

MAGALHÃES, M. N. **Noções de Probabilidade e estatística de Lima** - 6 ed. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

MALUF, R. S. J. **Segurança alimentar e nutricional** / Renato S. Jamil Maluf. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MAZAR, C. **Segurança alimentar e nutricional em indivíduos com acidente vascular cerebral em terapia nutricional enteral domiciliar.** 2014.77f. Dissertação (Mestrado em Segurança Alimentar e Nutricional) - Departamento de Nutrição, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MONTEIRO, F.; SCHMIDT, S. T.; COSTA, I. B.; ALMEIDA, C. C. B.; MATUDA, N. S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.5, p.1347-1357, 2014.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Relatório de Desenvolvimento do Milênio**. Washington: ONU; 2011.

PANIGASSI, G. **Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas, SP**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

PEIXOTO, M. R. G.; RAMOS, K.; MARTINS, K. A.; SCHINCAGLIA, R. M.; BRAUDES-SILVA, L. A. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2; p. 327-336, 2014.

PEREZ -ESCAMILLA, R.; SEGALL -CORREA , A. M.; MARANHA , L. K.; SAMPAIO, M. F.; MARINLEON, L.; PANIGASSI, G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **J. Nutr.** v.134, n. 8, p.1923-1928, 2004.

PIMENTEL, P. G.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasi. **Rev. bras. estud. popul.** v.26, n.2, p. 283-294, 2009.

PINHEIRO, A.R.O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **RSD**, v. 29, n.70, p. 125-139, 2005.

Plano Brasil sem miséria. Disponível em <
<http://www.brasilemmiseria.gov.br/apresentacao>>. Acesso em 7 de set 2015.

PROJETO Fome Zero. Instituto Cidadania 3ª versão, 2002.

RADIMER, K. L.; OLSON , C. M.; GREENE, J. C.; CAMPBELL, C. C.; HABICHT, J. P. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. **J. Nutr. Educ**, v.24 (1 suppl.), p. 36- 44, 1992.

RIBAS, M. T. G. de O.; BEZERRA, I. **Documento Base da III Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional do Paraná**. Curitiba: CONSEA-PR, 2011. Disponível em <
http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/documentobase__1.pdf>. Acesso em 7 de set 2015.

ROCHA, C. (Org.). **Segurança alimentar e Nutricional: perspectiva, aprendizados e desafios para as políticas pública/** Organizado por Cecilia Rocha, Luciene Burlandy e Rosana Magalhães.- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SALLES-COSTA, R., SEGALL-CORREA, A. M. **Novas possibilidades de alimentação a caminho?** Democracia Viva, .p.68-73, 2008. Disponível em: <
http://ibase.br/userimages/DV_39_indicadores2.pdf>. Acesso em: 19 de set de 2015.

SEGALL-CORRÊA, A.M. Insegurança Alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos avançados**, v.21, n.60, p.143- 53, 2007.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutrição**, Campinas, (21Supl.), p. 111-122, jul./ago, 2008.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; 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. Seg. Alim. e Nutr.** Campinas, v. 16, n. 2; p.1-19, 2009.

VALENTE, F.L.S.; BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; CARVALHO, M.F. **Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada**. In: ABRANDH. Curso de formação à distância em Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional - Módulo 1. Brasília: ABRANDH; 2007.

VIANNA, R.P.T.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, (21Supl. p. 111-122, jul./ago., 2008.

YAZBEK, M. C. Fome Zero: Uma política social em questão. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 43-50, jan-jun, 2003.