

**Revista Saúde.Com**

ISSN 1809-0761

www.uesb.br/revista/rsc/ojs

## INSEGURANÇA ALIMENTAR DE FAMÍLIAS RESIDENTES NUMA COMUNIDADE DE ZONA RURAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

### FOOD INSECURITY IN A COMMUNITY OF A RURAL AREA VITORIA DA CONQUISTA - BA

**Líllian de Almeida Sousa, Danielle Souto de Medeiro, Gislane Pereira Lima, Lucas Marques Santos**

Universidade Federal da Bahia - UFBA

#### Abstract

*This study estimated the prevalence of Food Insecurity (FI) in families living in Riachinho II community, rural area of Vitoria da Conquista city, Bahia. A cross-sectional study was conducted, type census, in June 2014, lasting seven days. We studied home and socioeconomic characteristics through a questionnaire adapted from the National Health Research and the Brazilian Food Insecurity Scale. The variables were described by measures of frequency and 95% confidence interval. We estimated the prevalence of FI at various levels and performed bivariate analysis with the study variables. The chi-square test was used to verify the association with the outcome. IA was present in 65.9% of households, 12.2% in serious condition. It was observed that the floor type, participation in government assistance programs and economic level variables showed statistically significant association with IA. We concluded that the human right to adequate food is not being guaranteed in the community studied, as families are concerned with getting food, with the restriction and/or quantitative food deficiency, and even hunger, which was found in a significant portion of households.*

**Key words:** Food and Nutrition Security; Rural Population; Rural Health; Health Vulnerability.

#### Resumo

*Este estudo estimou a prevalência da Insegurança Alimentar (IA) nas famílias residentes na comunidade Riachinho II, zona rural do município de Vitória da Conquista, BA. Foi realizado um estudo seccional, tipo censo, em junho de 2014, com duração de 7 dias. Foram estudadas características do domicílio e socioeconômicas através de um questionário adaptado a partir da Pesquisa Nacional de Saúde e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. As variáveis foram descritas através da frequência e intervalo de confiança 95%. A prevalência de IA foi estimada em seus diversos níveis e foi realizada análise bivariada com as variáveis do estudo. O teste qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação com o desfecho. IA esteve presente em 65,9% das famílias, 12,2% em estado grave. Observou-se que as variáveis tipo de piso, participação em programas assistenciais do governo e nível econômico apresentaram associação estatística significativa com IA. Conclui-se que o direito humano à alimentação adequada não está sendo garantido na comunidade estudada, pois as famílias têm preocupação com a obtenção de alimentos, com a restrição e/ou deficiência quantitativa do alimento, e, até mesmo, com a fome, presente em uma parcela importante dos domicílios.*

**Palavras chave:** Corresidência, idoso, análise cognitiva, redes semânticas

## Introdução

A Segurança Alimentar (SA) pode ser definida como “a garantia de acesso contínuo à quantidade e qualidade suficientes de alimentos, obtidos por meio socialmente aceitável, de forma a assegurar o bem estar e a saúde dos indivíduos”<sup>1</sup>.

Sabe-se que a SA é um fenômeno complexo e multifatorial, uma vez que o acesso aos alimentos pode ser interrompido por diversos fatores, tais como: determinantes macrosocioeconômicos; determinantes regionais e locais - comunidade; e determinantes domiciliares<sup>2</sup>; gerando um estado de Insegurança Alimentar (IA). A IA configura-se quando o indivíduo não tem acesso de forma regular e permanente aos alimentos em termos quantitativos e qualitativos, violando o Direito Humano à Alimentação Adequada<sup>3</sup>.

Na insegurança alimentar, Bickel<sup>4</sup> diz que, inicialmente, existe uma preocupação com a falta de alimentos ou como a família vai adquirir-los em quantidade necessária para um futuro próximo, logo em seguida, na qualidade da alimentação da família, como também restrição na quantidade, e, por fim, na fome entre adultos e/ou crianças da família. Também ressalva que, além das dimensões quantitativa e qualitativa, estão presentes a psicológica (receio ou medo de sofrer IA no futuro próximo) e a social (aquisição de alimentos de maneira socialmente inaceitável, padrões de alimentação alterados)<sup>4,5</sup>.

No Brasil, para se medir a IA, é utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), um instrumento validado<sup>6</sup>. Este, também é utilizado na Pesquisa Nacional de Amostra em Domicílios (PNAD) que, em 2009, revelou resultados de prevalências de 29,4 e 35,1% de IA em domicílios localizados nas zonas urbana e rural brasileiras, respectivamente<sup>7</sup>. Desse modo, a zona rural apresentou maior prevalência de IA que pode ser parcialmente explicada pelo isolamento geográfico, pela dificuldade de acesso a água tratada, energia elétrica, transporte, comunicação, serviços de saúde, alimentos, rendimentos escassos, dentre outros<sup>8</sup>.

Ainda, dados da PNAD, em 2009, mostraram prevalência de IA no estado da Bahia de 47,4%<sup>7</sup>, contudo não foram encontrados dados específicos para a zona rural e para o município de Vitória da Conquista. Assim, este estudo poderá gerar informações úteis para subsidiar a efetivação e avaliação de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida desta população. Este estudo teve como principal

objetivo estimar a prevalência de Insegurança Alimentar dos residentes na comunidade rural de Riachinho II, município de Vitória da Conquista, BA.

## Métodos

Foi realizado um estudo seccional, do tipo censo, utilizando abordagem domiciliar. A população estudo foi composta pelas famílias residentes na comunidade de Riachinho II, povoado de Limeira, pertencente à zona rural de Vitória da Conquista, BA.

O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado adaptado a partir do questionário domiciliar da Pesquisa Nacional de Saúde<sup>9</sup> e da EBIA<sup>1</sup>, contendo questões sobre as condições de segurança alimentar da família, condições socioeconômicas e de infraestrutura do domicílio. Pré-testes (22 entrevistas) foram realizados em maio de 2014 no intuito de verificar adequações de linguagem, entretanto a estrutura dos questionários originais foi mantida.

A coleta de dados em campo ocorreu em junho de 2014 com duração de 7 dias, posteriormente à etapa de sensibilização e mapeamento, que contou com a participação de um membro do Núcleo de apoio à Saúde da Família (psicóloga) e da Agente Comunitária de Saúde responsável pela comunidade, da Unidade de Saúde da Família (USF) de Limeira.

A equipe de entrevistadores foi composta por alunos de graduação, devidamente capacitados, utilizando computador portátil (HP Pocket Rx5710). Foi construído um manual para o entrevistador, a fim de padronizar a abordagem e procedimentos, bem como servir de suporte quando do aparecimento de quaisquer dúvidas. Para a programação e armazenamento dos dados foi utilizado o software Questionnaire Development System® (QDSTM; NOVA Research Company), versão 2.6.1.

O indivíduo entrevistado foi o responsável pelo seu grupo familiar (chefe da família), desde que o mesmo apresentasse idade maior que 18 anos e estivesse apto a responder o questionário e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram realizadas re-entrevistas em uma amostra aleatória de 25% da população para avaliação da confiabilidade dos dados, dada a possibilidade de variações do indivíduo e inter e intraobservador.

A variável dependente neste estudo foi a insegurança alimentar, obtida a partir das respostas dadas às questões da EBIA. A resposta

“não” ou “não se aplica” às primeiras oito perguntas definia o estado de segurança alimentar. A presença de uma resposta do tipo “sim” definia o estado de insegurança alimentar.

Esta variável foi também calculada em seus diferentes níveis, segundo o escore obtido: Segurança Alimentar (0 pontos), Insegurança Alimentar Leve (1 a 5 pontos – famílias com menores de 18 anos; 1 a 3 pontos – famílias sem menores de 18 anos), Insegurança Alimentar Moderada (6 a 10 pontos - famílias com menores de 18 anos; 4 a 6 pontos – famílias sem menores de 18 anos) e Insegurança Alimentar Grave (11 a 15 pontos – famílias com menores de 18 anos; 7 a 8 pontos – famílias sem menores de 18 anos ). Em relação aos pontos foi atribuído 1 ponto para respostas sim, e 0 para respostas não e não sabe<sup>1,6</sup>.

As variáveis independentes foram: revestimento das paredes do domicílio (alvenaria com revestimento ou alvenaria sem revestimento/outro material), tipo de piso (cerâmica, lajota, pedra ou cimento), principal forma de abastecimento de água (poço ou nascente na propriedade, poço ou nascente fora da propriedade ou outra), água canalizada para pelo menos um cômodo (não ou sim), destino do lixo (é queimado na propriedade ou jogado em terreno baldio ou logradouro), água utilizada para beber no domicílio (filtrada ou sem tratamento no domicílio), presença de geladeira no domicílio (ausente ou presente), número de residentes (1 a 3 ou 4 ou mais), presença de menores de 18 anos (não ou sim), participação em programas assistenciais do governo (bolsa família ou outros, não ou sim), nível econômico (C, D ou E), escolaridade do chefe da família (não alfabetizado/fundamental 1 incompleto ou outros).

A confiabilidade dos dados foi avaliada pela concordância observada e pelo índice Kappa, que mede o grau de concordância além do que seria esperado ao acaso. Foi feita uma análise descritiva, através de medidas de frequência e do intervalo de confiança 95% (IC95%) das diferentes variáveis do estudo.

A prevalência da insegurança alimentar foi estimada em seus diferentes níveis (segurança alimentar, insegurança leve, moderada e grave). A prevalência de insegurança alimentar e seu intervalo de confiança de 95% também foram estimados segundo as variáveis explicativas de interesse e avaliados pelo qui-quadrado de Pearson ou de tendência linear, com nível de

significância de 5%. O programa EpiInfo™, versão 3.5.3, foi utilizado na análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia (Nº do Parecer 692.885). Para a coleta dos dados, os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados através da leitura e assinatura, no caso de concordância na participação, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

Foram visitados 45 domicílios, dos quais 41 (91,1%) participaram do estudo. As perdas (8,9%) ocorreram principalmente por não encontrar moradores após três visitas (4,4%) e por recusa em participar do estudo (4,4%). Foram realizadas 12 re-entrevistas (26,7% do total de domicílios). As variáveis cuja confiabilidade foi analisada mostraram percentuais de concordância variando de 66,7 a 100,0% (Tabela 1). Das 11 variáveis apresentadas, 72,7% e 18,2% apresentaram excelente ou boa concordância Kappa, respectivamente.

Do total de domicílios investigados, 65,9% se encontravam em estado de Insegurança Alimentar (IA), dos quais 13 (31,7%) apresentaram IA leve, 9 (22,0%) IA moderada e 5 (12,2%) IA grave. No estado de segurança alimentar, foram encontradas 14 (34,1%) famílias (Tabela 2).

A maioria dos domicílios investigados possuía como revestimentos das paredes externas alvenaria com revestimento (85,4%), apresentava piso de cimento (65,9%), a forma predominante de abastecimento de água era poço ou nascente fora da propriedade (63,4%) e tinha água canalizada para pelo menos um cômodo (65,9%). Em 39 domicílios (95,1%) o lixo era queimado, 95,1% utilizava água filtrada para beber e em 73,2% havia geladeira (Tabela 3).

Mais da metade dos domicílios tinha 4 ou mais residentes (53,7%) e em 61,0% deles havia menores de 18 anos. A investigação sobre participação em programas assistenciais do governo revelou frequência de 61,0%. O nível econômico predominante foi o D (51,2%) e a escolaridade do chefe da família de maior frequência foi de não alfabetizados ou com nível fundamental 1 incompleto (70,7%) (Tabela 3).

Tabela 1 – Concordância observada (CObs) e índice Kappa de variáveis categóricas presentes no questionário. Insegurança alimentar na comunidade rural Riachinho II, Vitória da Conquista, BA.

Variável	CObs(%)	Kappa
A4. Qual o material que predomina no piso do domicílio?	100,0	1,00
A7. Este domicílio tem água canalizada para pelo menos um cômodo?	100,0	1,00
A18B. Geladeira?	100,0	1,00
A25. Qual o grau de escolaridade do senhor(a) (chefe da família)?	91,7	0,82
A26. Qual o número de residentes no domicílio?	91,7	0,89
A27. Nesta casa há moradores menores de 18 anos?	100,0	1,00
F7. Programa Bolsa Família?	83,3	0,67
IA1. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o senhor (a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?	91,7	0,83
IA3. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais?	100,0	1,00
IA5. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	83,3	0,67
IA7. Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?	83,3	0,55

CObs(%) = concordância observada; Kappa = índice Kappa.

Tabela 2 – Prevalência de insegurança alimentar na comunidade rural Riachinho II, Vitória da Conquista, BA, 2014.

Variáveis	n*	P(%) <sup>†</sup>	IC 95% <sup>‡</sup>
<b>Segurança alimentar</b>	14	34,1	19,0-49,3
<b>Insegurança alimentar</b>	27	65,9	50,7-81,0
Leve	13	31,7	16,8-46,6
Moderada	9	22,0	8,7-35,2
Grave	5	12,2	1,7-22,6

\* n = número de indivíduos ou frequência absoluta; <sup>†</sup> P(%) = frequência relativa; <sup>‡</sup> IC95% = intervalo de confiança 95%.

Tabela 3 – Características da população estudada. Vitória da Conquista, BA, 2014.

Variáveis	n*	% <sup>†</sup>	IC 95% <sup>‡</sup>
<b>Revestimento das paredes do domicílio</b>			
Alvenaria com revestimento	35	85,4	74,1-96,7
Alvenaria sem revestimento/Outro material	06	14,6	3,3-25,9
<b>Tipo de piso</b>			
Cerâmica, lajota ou pedra	14	34,1	19,0-49,3
Cimento	27	65,9	50,7-81,0
<b>Água canalizada</b>			
Sim	27	65,9	50,7-81,0
Não	14	34,1	19,0-49,3
<b>Destino do lixo</b>			
É queimado na propriedade	39	95,1	88,2-102,0
Jogado em terreno baldio ou logradouro	02	4,9	2,0-11,8
<b>Água utilizada para beber no domicílio</b>			
Filtrada	39	95,1	88,2-102,0
Sem tratamento no domicílio	02	4,9	2,0-11,8
<b>Presença de geladeira no domicílio</b>			
Ausente	11	26,8	12,7-41,0
Presente	30	73,2	59,0-87,3
<b>Número de residentes</b>			
1 a 3	19	46,3	30,4-62,3
4 ou mais	22	53,7	37,7-69,6
<b>Presença de menores de 18 anos</b>			
Não	16	39,0	23,4-54,6
Sim	25	61,0	45,4-76,7
<b>Participação em programas assistenciais do governo</b>			
Não	16	39,0	23,4-54,6
Sim	25	61,0	45,4-76,7

continua...

...continuação

**Nível econômico**

C	10	24,4	10,7-38,1
D	21	51,2	35,2-67,2
E	10	24,4	10,7-38,1

**Escolaridade do chefe da família**

Não alfabetizado/Fundamental 1 incompleto	29	70,7	56,2-85,3
Outros	12	29,3	14,7-43,8

\* n = número de indivíduos ou frequência absoluta; † % = frequência relativa; ‡ IC95% = intervalo de confiança a 95%.

A prevalência de IA foi significativamente maior entre as famílias cujo piso do domicílio era de cimento (77,8%), que participavam de programas assistencialistas do governo (80,0%) e que apresentavam pior nível econômico (66,7% nível D e 100,0% nível E) (Tabela 4). Apesar de não haver significância estatística, observou-se

maior prevalência de IA nos domicílios que tinham paredes externas em alvenaria sem revestimento ou outro material (100,0%) e naqueles que não apresentavam água canalizada (85,7%), valores de p iguais a 0,056 e 0,053, respectivamente.

Tabela 4 – Insegurança alimentar segundo variáveis selecionadas. Vitória da Conquista, BA, 2014.

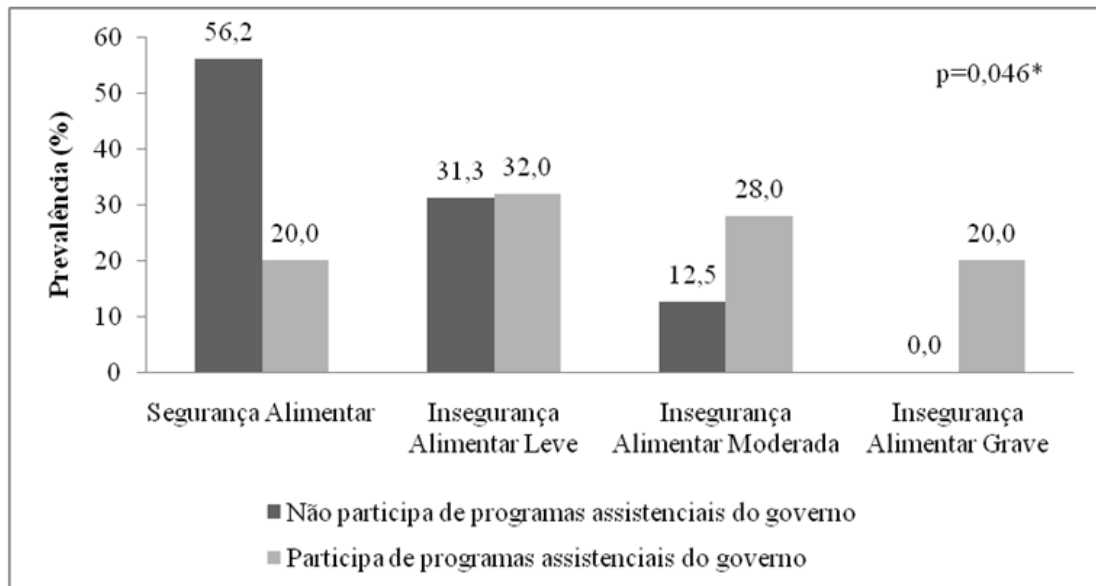
	Insegurança Alimentar		
	n	P(%) <sup>†</sup>	Valor de p <sup>‡</sup>
<b>Revestimento das paredes do domicílio</b>			<b>0,056</b>
Alvenaria com revestimento	21	60,0	
Alvenaria sem revestimento/Outro material	06	100,0	
<b>Tipo de piso</b>			<b>0,025</b>
Cerâmica, lajota ou pedra	06	42,9	
Cimento	21	77,8	
<b>Água canalizada</b>			<b>0,053</b>
Sim	15	55,6	
Não	12	85,7	
<b>Destino do lixo</b>			<b>0,296</b>
É queimado na propriedade	25	64,1	
Jogado em terreno baldio ou logradouro	02	100,0	
<b>Água utilizada para beber no domicílio</b>			<b>0,296</b>
Filtrada	25	64,1	
Sem tratamento no domicílio	02	100,0	
<b>Presença de geladeira no domicílio</b>			<b>0,192</b>
Ausente	09	81,8	
Presente	18	60,0	
<b>Número de residentes</b>			<b>0,318</b>
1 a 3	11	57,9	
4 ou mais	16	72,7	
<b>Presença de menores de 18 anos</b>			<b>0,300</b>
Não	09	56,2	
Sim	18	72,0	
<b>Participação em programas assistenciais do governo</b>			<b>0,017</b>
Não	07	43,7	
Sim	20	80,0	
<b>Nível econômico</b>			<b>0,004</b>
C	03	30,0	
D	14	66,7	
E	10	100,0	
<b>Escolaridade do chefe da família</b>			<b>0,168</b>
Não alfabetizado/Fundamental 1 incompleto	21	72,4	
Outros	06	50,0	

\* n = número de indivíduos com insegurança alimentar; † P(%) = prevalência de insegurança alimentar; ‡ Valor de p calculado a partir do teste qui quadrado.

Observou-se maior gravidade de IA em famílias que participavam de programas assistencialistas do governo, das quais 32,0%

apresentaram IA leve, 28,0% moderada e 20,0% grave (Figura 1).

Figura 1 – Níveis de insegurança alimentar segundo a participação em programas assistenciais do governo. Vitória da Conquista, BA, 2014.



\*Valor de p determinado pelo qui quadrado.

## Discussão

A prevalência de insegurança alimentar observada na população (65,9%) revela um dado alarmante quando comparada aos resultados da PNAD (2009) para a zona rural brasileira (35,1%) e nordestina (24,0%), e para o estado da Bahia (41,2%)<sup>7</sup>, e da zona rural de quatorze municípios da Paraíba (55,5%)<sup>10</sup>.

Vianna e Segall-Correa (2008) identificaram diferenças nos motivos relacionados à condição de insegurança alimentar no estado da Paraíba em função da área de moradia, rural ou urbana. Alguns dos motivos elencados, estatisticamente maiores na zona rural, foram a falta de produção de alimentos suficiente, a falta de gás, lenha ou álcool para cozinhar e ser muito difícil chegar até o mercado<sup>10</sup>. Apesar da não avaliação da causa da IA neste trabalho, é possível assumir que alguns desses fatores também estejam presentes no dia-a-dia da população.

Altos valores de IA também foram encontrados por Pereira et al.<sup>11</sup> no Jardim Jaqueline, região de alta vulnerabilidade social em São Paulo (88,0%), por Magrani et al.<sup>12</sup> com famílias que recebiam benefícios sociais na USF Vila Felipe em Petrópolis no Rio de Janeiro (78,3%), por Monego et al.<sup>13</sup> em comunidades quilombolas do Tocantins (85,1%) e por Fávoro et al.<sup>14</sup> em aldeias indígenas no Mato Grosso do Sul (75,5%).

Esses valores elevados podem ser parcialmente explicados tanto pelo quadro de

instabilidade das famílias, as quais estão expostas a privações tanto na qualidade e quantidade da dieta, pela maior dificuldade de acesso aos alimentos; quanto ao isolamento geográfico, aos rendimentos escassos, à dificuldade de acesso à água tratada e às condições de moradias precárias, que revelam um quadro de vulnerabilidade social.

A classificação da IA em níveis, segundo a EBIA, revela os comportamentos da família em relação à sua alimentação. Na IA leve (IAL) estão presentes fatores relacionados à qualidade da alimentação e preocupação com a falta do alimento em um futuro próximo; na IA moderada (IAM) começa a haver restrição quantitativa na alimentação dos adultos das famílias; e a IA grave (IAG) é caracterizada pela deficiência quantitativa de alimentos à mesa, provocando sensação de fome entre adultos e crianças da família<sup>15</sup>.

As frequências obtidas para IAL (31,7%), IAM (22,0%) e IAG (12,2%) foram superiores aos resultados da PNAD (2009)<sup>7</sup> para a zona rural do Brasil (19,6%, 8,6 e 7,0%) e na Bahia (21,5%, 10,8 e 8,9%). Contudo, foram inferiores aos estudos de Magrani et al.<sup>12</sup> (50,4%, 21,3% e 6,6%, com exceção da IAG), Monego et al.<sup>13</sup> (37,3%, 32,9% e 14,9%) e Pereira et al.<sup>11</sup> (44,6%, 27,7% e 15,7%). Essas diferenças podem ser atribuídas a graus de vulnerabilidade distintos aos quais essas populações estão expostas, entretanto, revelam o contexto vivenciado, em que momentos de restrição de alimentos podem até chegar ao estado de fome entre adultos e crianças<sup>11,12</sup>.

A precariedade das condições de moradia mostrou-se associada à IA na comunidade. Observou-se maior prevalência de IA nas famílias cujo piso era de cimento (77,8%,  $p=0,025$ ), cujas paredes eram de alvenaria sem revestimento ou outro material (100,0%,  $p=0,056$ ) e que não apresentavam água canalizada (85,7%,  $p=0,053$ ).

Apoiando estes achados, N Vianna e Segall-Corrêa<sup>10</sup>, observaram maiores chances de ocorrência de IA em famílias de municípios da Paraíba que não eram de alvenaria acabada (Odds Ratio = 1,98) e que necessitavam buscar água fora do domicílio (Odds Ratio = 1,38). Monego et al<sup>13</sup>, em comunidades quilombolas no Tocantins, encontraram maiores prevalências de IA em famílias nas quais o lixo era queimado ou enterrado (88,6%), que a principal forma de abastecimento de água era por carro-pipa (92,7%) ou proveniente de rio ou córrego (92,7%), e cujo esgotamento sanitário era realizado a céu aberto (88,7%).

Diversos trabalhos relacionam a situação de IA com a presença de menores de 18 anos e com o maior número de residentes no domicílio<sup>7, 16</sup>. Contudo, não foram encontradas associações estatisticamente significativas para a população estudada (valores de  $p$  iguais a 0,300 e 0,318, respectivamente). Esse fato pode ser explicado possivelmente pelo pequeno número de famílias avaliadas neste estudo.

Neste trabalho foi encontrada maior prevalência de IA com a diminuição do nível econômico das famílias, o que revela a importância da situação econômica na aquisição de alimentos. Resultados semelhantes foram observados numa população rural do Vale do Jequitinhonha, MG, em que a maioria das famílias (54,2%) que recebiam valores menores ou iguais a  $\frac{1}{2}$  salário mínimo encontram-se em IA<sup>17</sup> e do estado da Paraíba, em que domicílios com renda per capita menor ou igual a R\$ 50,00 possuía maior IA<sup>10</sup>.

Na comunidade de Riachinho II, optou-se pela utilização do nível econômico ao invés da renda familiar per capita em função desta última captar um momento pontual da população, a depender do período recordatório adotado (último mês, últimos 3 meses, por exemplo). Como a população avaliada residia em uma área rural, uma das principais fontes de renda da maioria dos indivíduos era proveniente do trabalho informal ou temporário, por exemplo, da colheita do café. Assim, a estimativa da variável renda estava sujeita ao período do ano em que a entrevista seria realizada.

O nível econômico estima a condição econômica da família com base nos bens do domicílio (geladeira, rádio, motocicleta, máquina de lavar roupas, dentre outros), na presença de empregado doméstico mensalista e na escolaridade do chefe da família, refletindo, com menos influência do período do ano, o poder aquisitivo da família.

A participação em programas assistenciais governamentais mostrou-se associada à IA na comunidade ( $p=0,017$ ), assim como observou-se maior gravidade da IA nessas famílias. Corroborando com este achado, Vianna e Segall-Corrêa<sup>10</sup> observaram aumento do grau de IA com o aumento da proporção de famílias que recebiam algum tipo de ajuda (doação de alimentos ou programas de complementação de renda), sendo que mais da metade das famílias em IA grave estavam incluídas em algum programa oficial de transferência de renda. No presente estudo, todas as famílias beneficiárias de programas assistencialistas estavam inscritas no Programa Bolsa Família (PBF).

O PBF constitui-se uma importante estratégia de redução das desigualdades sociais do Brasil. Cotta e Machado<sup>18</sup> apontam que o PBF pode auxiliar na promoção da segurança alimentar e nutricional, uma vez que propicia às populações em maior vulnerabilidade social maior capacidade de acesso aos alimentos. Um dos objetivos do PBF é o de assegurar o direito humano à alimentação adequada, contribuindo para a erradicação da extrema pobreza e para a conquista da cidadania pela parcela da população mais vulnerável à fome<sup>19</sup>. No entanto, esse programa por si só pode não garantir índices satisfatórios de segurança alimentar.

Esses fatos evidenciam que o PBF, mesmo melhorando as condições de vida das famílias, ainda assim, por si só, não consegue garantir a segurança alimentar destas. Alguns estudos relataram maior consumo de alimentos de maior densidade calórica e baixo valor nutricional pela população que recebe o bolsa família, o que poderia acarretar num maior risco para o desenvolvimento de sobrepeso, obesidade e doenças não transmissíveis<sup>18, 20, 21</sup>. Nesse sentido faz-se necessário não apenas a transferência de renda, mas sim tornar eficazes as ações de educação e avaliação nutricional. Ressalta-se assim a necessidade de programas voltados para a educação alimentar e nutricional.

Em sua maioria, as variáveis utilizadas na análise deste trabalho puderam ser consideradas confiáveis, conforme resultados do índice Kappa.

O percentual de perdas foi pequeno, o que minimizou a ocorrência de vieses de seleção.

A ausência de associações estatisticamente significativas entre algumas das variáveis estudadas e a IA deve-se, provavelmente, ao pequeno tamanho da amostra; assim, não houve poder suficiente para identificá-las. Outra questão relevante é que por se tratar de uma comunidade de zona rural, apesar da vulnerabilidade econômica observada, as pequenas plantações domésticas e criações de animais (galinhas, vacas), a existência de um comércio local de produtos alimentícios e o auxílio da comunidade, por vezes existente, na aquisição de alimentos, podem ter contribuído para os resultados encontrados.

Neste trabalho, não foi avaliado o consumo alimentar domiciliar e a disponibilidade de alimentos, os quais poderiam contribuir para o diagnóstico de insegurança alimentar da população, em conjunto com a EBIA. A obtenção desses dados também poderia gerar outros subsídios e indicativos para as políticas públicas em segurança alimentar e nutricional.

### Conclusão

A situação de insegurança alimentar esteve fortemente presente nas famílias da comunidade de Riachinho II, as quais apresentaram predominantemente baixo nível econômico, baixa escolaridade do chefe da família e precárias condições de moradia.

Nesta população pode-se afirmar que o direito humano à alimentação adequada não está sendo garantido, pois as famílias têm preocupação com a obtenção de alimentos, com a restrição e/ou deficiência quantitativa do alimento, e, até mesmo, com a fome, presente em uma parcela importante dos domicílios.

Os resultados sugerem que a participação em programas assistencialistas do governo, como o PBF, apesar de promover melhorias nas condições de vida das famílias, não pode assegurar a segurança alimentar. Para tanto, eles precisam ser associados a outras políticas públicas de educação alimentar e nutricional e programas de infraestrutura e ações que tenham impacto sobre o sistema produtivo.

### Referências

1. Segall-Corrêa AM, Sampaio MFA, Marin-Leon L, Panigassi G, Maranha LK et al. (In)Segurança Alimentar no Brasil. Validação de

metodologia para acompanhamento e avaliação. Relatório Técnico, Campinas SP: UNICAMP, 2004. [citado em 2014 de jun 16]. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/validacao\\_rural\\_urbano.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/validacao_rural_urbano.pdf)

2. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, Campinas [periódico eletrônico] 2011 [citado em 2014 de jun 16] v. 16, n. 1, p. 187-99, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

3. Brasil. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 set. 2006 [citado em 2014 de jun 16]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>

4. Bickel G et al. Measuring Food Security in the United States: Guide to measuring household food security. USDA, Office of Analysis, Nutrition, and evaluation, USA, [periódico eletrônico] 2000 [citado em 2014 de jun 16]. Disponível em: <http://www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf>

5. Kepple AW, Gubert MB, Segall-Corrêa AM. Instrumentos de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional. In: TADDEI JA et al (org.). Nutrição em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Rubio LTDA, 2010. P. 457-69.

6. Segall-Corrêa AM, Marin-Lenon L. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, [periódico eletrônico] 2009. [citado em 2014 de jun 16]. v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa>

7. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2009: Segurança Alimentar. Rio de Janeiro [citado em 2014 de jun 16] 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>

8. Oliveira e Silva D et al. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Revista de Nutrição, v. 21 (Suplemento) [periódico eletrônico] 2008 [citado em 2014 de jun 16] v. 21 (Suplemento), p. 83-97, jul./ago, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/>



9. Pesquisa Nacional de Saúde PNS. Questionário do Domicílio [site da internet] 2013. [citado em 2014 de jul 08]. Disponível em: <http://www.pns. icict.fiocruz.br/>
10. Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Nutrição, Campinas* [periódico eletrônico] 2008 [citado em 2014 de jul 10] v. 21 (Suplemento), p. 111s-22s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/ v21s0/10.pdf>
11. Pereira DA, Vieira VL, Fiore EG, Cervato-Mancuso AM. Insegurança Alimentar em Região de Alta Vulnerabilidade Social da Cidade de São Paulo. *Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas* [periódico eletrônico] 2006 [citado em 2014 de jul 08] 13(2), p. 34-42. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/InseS.pdf>
12. Magrani LHA, Paula MELS, Coutinho BBP, Guerra DM, Tavares RM, Silveira MO. Insegurança Alimentar e Estado Nutricional das famílias que recebem benefícios sociais na Unidade de Saúde da Família Vila Felipe – Petrópolis –RJ. *Revista APS* [periódico eletrônico] 2012 [citado em 2014 de jul 10] v.15(1), p. 29-35. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/>
13. Monego ET, Peixoto MRG, Cordeiro MM, Costa RM. (In)segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. *Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas* [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2014 de jul 10] v.17(1), p. 37-47. Disponível em: <http://www.unicamp.br/>
14. Favaro T, Ribas DLB, Zoratto JR, Segall-Corrêa AM, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública.* [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2014 de jul 10] v. 23 (4) p.785 – 93. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
15. Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estudos Avançados* [periódico eletrônico] 2007 [citado em 2014 de jul 10] v.21 (60), p. 143-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/>
16. Hoffmann R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004 *Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas* [periódico eletrônico] 2008 [citado em 2014 de jul 10] v. 15, n 1, p. 49-61. Disponível em: <http://www.unicamp.br/>
17. Nobre LN, Murta NMG, Souza MM, Ferreira NC, Cardoso LM, Hamacek FR. Segurança Alimentar em uma Comunidade Rural no Alto Vale do Jequitinhonha/MG. *Rev. Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas* [periódico eletrônico] 2009 [citado em 2014 de jul 10] v. 16(1), p. 18-31. Disponível em: <http://www.unicamp.br/>
18. Cotta RMM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Revista Panam Salud Publica* [periódico eletrônico] 2013 [citado em 2014 de jul 10] v. 33 (1), p. 54-60. Disponível em: <http://www.scielosp.org/>
19. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa família. [citado em 2014 jul 10], Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsa familia>
20. Liginani JB, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutrition* [periódico eletrônico] 2010 [citado em 2014 de jul 10] 14(5), p. 785-92, 2010. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/>
21. Fernald LCH, Gertler PJ, Hou X. Cash Component of Conditional Cash Transfer Program Is Associated with Higher Body Mass Index and Blood Pressure in Adults. *The Journal of Nutrition – American Society for Nutrition* [periódico eletrônico] 2008. [citado em 2014 de jul 10] doi:10.395/jn.108. 090506. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

### Agradecimentos

A equipe PET-SAÚDE Pradoso e a tutora, professora Danielle Souto de Medeiros, fundamental para execução desta pesquisa.

### Colaboradores

Sousa LA participou de todas as etapas da pesquisa, redação e aprovação final. Medeiros DS orientou a realização de todas as etapas da pesquisa, redação e aprovação final. Lima GP participou do projeto, redação e aprovação final. Santos LM participou do projeto, redação e aprovação final.

**Endereço para Correspondência**

A/C Danielle Souto de Medeiros

Universidade Federal da Bahia - UFBA

Rio de Contas, nº 58, Quadra 17, Lote 58 - Bairro  
Candeias, Vitória da Conquista – Brasil - CEP:  
45029-094. Telefone: 77 3421-2335

E-mail: [danielle.medeiros@ufba.br](mailto:danielle.medeiros@ufba.br)

---

Recebido em 22/07/2015

Aprovado em 15/03/2016

Publicado em 17/05/2016