

**Insegurança alimentar e nutricional em famílias de uma comunidade agroextrativista no estado do Ceará**

**Food and nutritional insecurity in families of an agroextrative community in the state of Ceará**

**Sandra Maria de Oliveira**

Centro Universitário Uninta, Brasil

E-mail: sandramoliveira2018@gmail.com

Recebido: 30/07/2017 – Aceito: 08/09/2017

**Resumo**

O presente estudo buscou apresentar a situação de insegurança alimentar vivida por famílias residentes na comunidade Terra Nova do município de Massapê no Estado de Ceará, Brasil. Trata-se de estudo quantitativo com abordagem transversal. Utilizou-se questionário para avaliar as características sócio demográficas, juntamente com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar - EBIA – com 15 questões que refletem a insegurança alimentar em diferentes níveis de intensidade. Foram pesquisadas 28 famílias e obtidas informações sobre renda familiar, condição sócio econômica, de moradia, de saneamento básico, escolaridade e consumo alimentar. A prevalência de insegurança alimentar em domicílios com moradores com mais de 18 anos foi de 75%, sendo 25% leve, 50% moderada e 0% grave. Já para os domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos a prevalência de insegurança alimentar foi de 100%, sendo 41,67% leve, 50% moderada e 8,33% grave. Mais da metade das famílias (75%) viviam com até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo por mês. A maioria das famílias (82,15) relatou ser beneficiária de programa de transferência de renda, no caso, o Bolsa Família. Os resultados apresentados demonstram que apesar de existirem no Brasil políticas públicas de combate à fome, há ainda grande número de famílias residentes, principalmente na região Nordeste, que vivem em situação de vulnerabilidade social. Sendo assim é necessário e essencial a criação e implementação de ações de caráter estruturante que possam reverter esse quadro, tanto no que concerne à produção de alimentos, bem como ao acesso de alimentos em qualidade e quantidade suficiente para suprir tais deficiências.

**Palavras-chave:** Insegurança alimentar. Indicadores antropométricos. Condições socioeconômicas.

## **Abstract**

This study sought to present a food insecurity situation experienced by families living in the Terra Nova community of the municipality of Massapê in the State of Ceará, Brazil. It is a quantitative study with transversal approach. A questionnaire was used to evaluate the socio-demographic characteristics, along with the Brazilian Scale of Food Insecurity - BSFI - with 15 food insecurity questions at different levels of intensity. We searched 28 families and obtained information on family income, socioeconomic status, housing, basic sanitation, schooling and food consumption. The prevalence of food insecurity in households with residents aged over 18 was 75%, 25% mild, 50% moderate and 0% severe. For households with at least one resident under the age of 18, the prevalence of food insecurity was 100%, being 41.67% mild, 50% moderate and 8.33% severe. More than a half of the families (75%) lived with up to ½ minimum wage per month. The majority of families (82,15) reported being beneficiaries of an income transfer program, in this case, Bolsa Família. The results show that although there are public policies to combat hunger in Brazil, there are still many families residing, mainly in the Northeast, who live in situations of social vulnerability. Therefore, it is necessary and essential to create and implement structuring actions that can reverse this situation, both regarding food production, as well as access to food of sufficient quality and quantity to address such deficiencies.

**Keywords:** Food insecurity. Anthropometric indicators. Socioeconomic conditions.

## **1. Introdução**

Um dos maiores desafios da atualidade tem sido o avanço na construção do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), bem como do desenvolvimento de ações intersetoriais que proponham a criação de programas de segurança alimentar e nutricional (Belik e Takagi, 2015).

Nesse sentido, o tema segurança alimentar e nutricional vem sendo cada vez mais abordado sob a perspectiva do direito humano à alimentação adequada e da soberania alimentar, tendo como principais estratégias de implantação, a intersetorialidade e a participação popular (Mancuso, Fiore, Redolfi 2015).

Já o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), conforme Valente (2003), é um direito humano básico reconhecido no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC). Sem esse direito humano, se torna praticamente impossível discutir os demais:

Em prol da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada, foi lançada em 2006 a Lei 11.346 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar (LOSAN), que orienta sobre as definições, princípios e diretrizes, os quais fazem parte do Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN). Através desse sistema, o poder público, juntamente com a sociedade civil organizada, formula e coloca em prática as políticas e programas que visam assegurar o direito humano à alimentação adequada (Belik e Takagi, 2015).

A insegurança alimentar acontece quando uma pessoa ou comunidade não possui acesso de forma permanente e regular a alimentos, tanto de forma qualitativa como quantitativa. Nesse sentido, as desigualdades sociais são as principais causas da insegurança alimentar vivida por muitas populações. Outra causa não menos importante que pode ser citada é a concentração de renda e dos meios de produção, nas mãos de uma minoria que domina a situação. Lembrando que a manifestação da insegurança alimentar não se dá apenas nas camadas mais desfavorecidas da população (Nobre et al., 2009).

São inúmeras as ações que podem ser desenvolvidas nesse sentido de promoção da segurança alimentar, dentre elas, pode-se citar o incentivo à agricultura familiar. Este tipo de agricultura é considerado, para as famílias que moram no campo, fator importantíssimo, o qual faz parte de sua alimentação, do seu fortalecimento econômico como também, serve de referência à identidade social dessas famílias. Ressaltando que essa identidade é bastante heterogênea, e é justamente isso que diferencia cada grupo dentro de suas distintas regiões, bem como apresenta diferentes graus de integração com a agroindústria (Nobre et al., 2009).

Nesse sentido, a presente pesquisa foi realizada em uma comunidade agroextrativista localizada na zona rural do Município de Massapê-CE. Em relação a atividade agroextrativista da comunidade, trata-se do cultivo de coco babaçu (*Attalea speciosa*), o qual é utilizado como alternativa para variar a alimentação local, como também para complementar a renda das famílias, através da comercialização de seus produtos.

Tendo em vista que uma alimentação saudável, de qualidade, em quantidade suficiente e permanente, é direito de todos, e que as práticas alimentares saudáveis garantem a segurança alimentar e nutricional, promovem a saúde, este estudo teve por objetivo identificar a presença de insegurança alimentar e verificar sua associação com o consumo alimentar, o estado nutricional e as condições socioeconômicas das famílias residentes na comunidade.

## **2. Métodos**

O estudo realizado foi do tipo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), conforme o Parecer Nº 1.891.809. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra, do tipo aleatória simples, foi composta por 28 famílias residentes em uma comunidade agroextrativista de coco babaçu em Terra Nova, Massapê/CE, Brasil.

O estudo foi realizado no período de fevereiro a março de 2017. A amostra foi composta por 28, do total das 43 famílias residentes na comunidade Terra Nova.

A coleta de dados se deu no período de fevereiro a março de 2017. Foram incluídos no estudo, adultos de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos e residentes na comunidade há pelo menos 01 (um) ano.

Foram excluídas crianças, por apresentarem limitação de memória, vocabulário incompleto, desconhecimento de ingredientes de determinadas preparações, idosos, por apresentarem limitações em recordar alimentos ingeridos, dificuldade de audição e visão na maioria dos casos; indivíduos institucionalizados; pessoas com incapacidade mental para responder questionários; e deficientes físicos, pela impossibilidade de serem submetidos à antropometria.

Para a coleta dos dados socioeconômicos e demográficos, foi construído um Questionário específico para essa finalidade, o qual foi previamente testado.

A avaliação do estado nutricional foi realizada através do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na relação entre peso e altura ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). O peso foi aferido por meio de uma balança digital *G-Tech Glass 200*, onde todos os indivíduos se posicionaram descalços em pé e com roupas leves. A altura foi obtida por meio de fita métrica inelástica de 150 cm, afixada a parede plana, sem rodapé. Os indivíduos ficaram em pé, descalços, em posição ortostática, com o corpo erguido em extensão máxima, cabeça ereta, olhando para frente, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostados a parede e os pés juntos para que fosse feita a aferição da estatura (Brasil, 2011). A classificação do estado nutricional por meio do IMC foi realizada conforme o critério proposto pela World Health Organization (1995)

A avaliação do consumo alimentar foi feita utilizando-se o questionário do Ministério da Saúde intitulado “Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”. (BRASIL, 2015)

Para a avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que registra as percepções e dimensões das condições de insegurança alimentar. A EBIA é composta por um questionário de 15 questões de múltipla escolha, abordando a vivência de insegurança alimentar nos últimos três meses, e seus vários

níveis de intensidade, representada pela preocupação de que a comida venha a faltar e pela experiência de passar um dia todo sem comer. Para cada resposta é atribuída uma pontuação que vai de 0 (não ou não sabe) a 1 ponto (sim). A pontuação é somada e daí feita a classificação para as famílias quanto à insegurança alimentar. (Corrêa, 2007).

As entrevistas foram realizadas nos domicílios por entrevistadores previamente treinados, que tinham disponibilidade de tempo e não eram Agentes Comunitários de Saúde nem desenvolviam nenhuma atividade institucional ligada à Secretaria de Saúde do município.

Os dados e resultados obtidos foram tabulados e calculados em planilhas Microsoft Excel 2013, bem como apresentados em gráficos também do Excel 2013, e além disso, foram apresentados também através de quadros e tabelas do Microsoft Word 2013.

### **3. Resultados e discussão**

Foram entrevistadas 28 famílias, representando 65,12% das 43 famílias residentes na comunidade. Dentre as 43 famílias, sete são representadas por idosos (16,27%), seis residiam a menos de 01 ano no local (13,97%), uma residência estava fechada (2,32%) e uma recusou participar da pesquisa (2,32%).

Do total das 28 famílias estudadas, 14,29% (n=4) eram compostas por somente moradores de 18 anos ou mais de idade e 85,71% (n=24) tinham pelo menos um morador menor de 18 anos.

Em relação às famílias compostas apenas por indivíduos adultos (n=4), 25% (n=1) se encontrava em estado de segurança alimentar, 25% (n=1) em estado de insegurança alimentar leve, 50% (n=2) em estado de insegurança alimentar moderada e nenhuma dessas famílias em estado de insegurança alimentar grave (Tabela 1).

**Tabela 1** – Classificação da segurança alimentar e nutricional dos domicílios com somente moradores de 18 anos ou mais de idade da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.

<b>Classificação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Segurança Alimentar	1	25,00
Insegurança Alimentar leve	1	25,00
Insegurança Alimentar moderada	2	50,00

Insegurança Alimentar grave	0	0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Autor, 2017

Nesse sentido, há estudos que constataam que a insegurança alimentar apresenta variações por região, sendo que as maiores prevalências se encontram nas regiões Norte e Nordeste do País. Esses dados confirmam as grandes desigualdades que podem ser medidas inclusive por outros indicadores. Foi visto que, no Brasil, a insegurança alimentar grave afeta o bem-estar de 6,5% das famílias, enquanto que a prevalência no Norte foi de 10,9% e no Nordeste foi de 12,4%, sendo que para o Estado da Paraíba foi de 15%. (Vianna; Corrêa, 2008).

**Tabela 2** – Classificação da segurança alimentar e nutricional dos domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.

<b>Classificação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar leve	10	41,67
Insegurança Alimentar moderada	12	50,00
Insegurança Alimentar grave	2	8,33
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Autor, 2017

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, apresentam grandes diferenças na prevalência de insegurança alimentar grave. As regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores prevalências de insegurança alimentar, chegando a 54% e 46% das residências, respectivamente (Brasil, 2004).

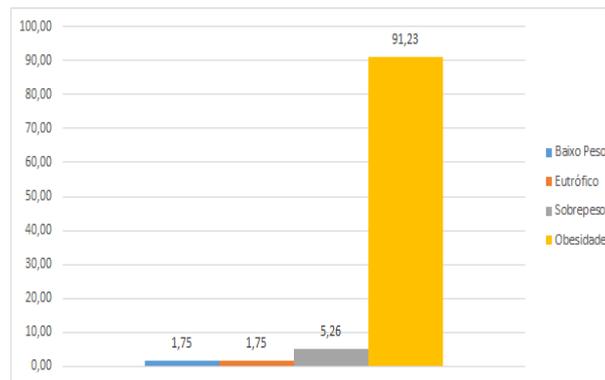
A PNAD, 2009, por sua vez, já apresentou discreta melhora, mas ainda não foi uma melhora significativa, porque enquanto nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente, 40% e 46% das residências apresentaram insegurança alimentar, na região sudeste (23%) e na região Sul (18,7%), essas proporções se apresentaram abaixo de um quarto das residências. (Brasil, 2010).

Já em outro estudo realizado em Campinas os resultados mostraram que 39,5% das famílias entrevistadas e com pessoas menores de 18 anos estava em situação de segurança

alimentar. As que apresentaram insegurança alimentar (40,1%) disseram preocupar-se em ficar sem alimento para garantir uma melhor alimentação para a família, em futuro próximo, ou tem limitação financeira, o que acaba comprometendo a alimentação. Esse resultado indica insegurança alimentar leve, sem haver restrição quantitativa dos alimentos. O restante das famílias 13,8% e 6,6% apresentaram nos resultados, respectivamente, insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave condições em que há restrição quantitativa na alimentação de adultos e/ou crianças (Panigassi et al., 2008).

Em relação ao estado nutricional das famílias, foi visto que 1,75% (n=1) das pessoas avaliadas, encontram-se em baixo peso e 1,75% (n=1) em eutrofia. Já para sobrepeso foi encontrado em valor de 5,26% (n=3). E o mais prevalente foi o grau de obesidade que resultou em percentual elevado de 91,23% (n=52) para adultos (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Estado nutricional das famílias avaliadas da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.



Fonte: Autor, 2017.

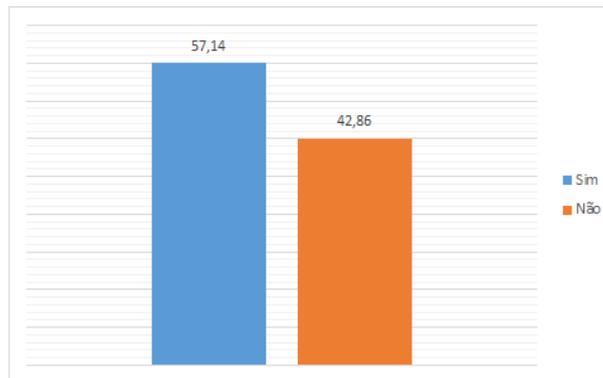
No Brasil, bem como em outros países subdesenvolvidos predomina tanto déficit nutricional como o excesso de peso, que apesar disso, carrega em si uma carência de micronutrientes, denominado fome oculta. Quanto às doenças crônicas não transmissíveis, estas se fazem presentes tanto regionalmente, ou como muitas vezes encontra-se no mesmo domicílio, caracterizando dessa forma a transição nutricional. Em relação a prevalência do sobrepeso e, principalmente da obesidade, sempre aparecem mais elevadas na população adulta, que é o caso da presente investigação. Quando se compara outras pesquisas com os dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002, os resultados são semelhantes em termos de prevalência de excesso de peso e obesidade, como também seu crescente aumento,

não só nos adultos, mas em todos os grupos etários da população (Santos, Gigante; Domingues, 2010).

Para corroborar com os achados dessa pesquisa, cita-se um estudo realizado no Brasil que constatou uma alta incidência de sobrepeso e obesidade em situações onde há uma grande vulnerabilidade social, bem como a presença de algum tipo de insegurança alimentar. Esse fato contribui para a preocupação que as políticas públicas devem desenvolver em relação a implementação de ações de promoção de alimentação saudável visando melhorar a qualidade de vida da população, bem como trabalhando para evitar o surgimento de mais doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, o sobrepeso e a obesidade (Godoy, et al., 2017).

Abaixo apresenta-se os dados do estudo sobre o consumo alimentar da comunidade avaliada que foram identificados através do manual “Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica”.

**Gráfico 2** – Frequência de pessoas que costuma realizar refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.



Fonte: Autor, 2017.

Conforme o Gráfico 2, pode ser observado que 57.14% das famílias entrevistadas realiza as refeições na frente da televisão ou mexendo no computador e/ou no celular.

Segundo Filgueiras et al. (2012), o consumo de alimentos de alta densidade calórica, associado a falta de atividade física, bem como juntando-se às horas em frente à televisão, vídeo game e computador, estão entre as causas mais comuns do aumento de ganho de peso, tanto em crianças como em adultos. O excesso de peso na infância contribui indiscutivelmente para que as crianças continuem obesas durante toda sua vida.

Do total das famílias entrevistadas (28), todas realizam as principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) por dia.

O profissional responsável para incentivar as práticas alimentares saudáveis é o nutricionista, que através de intervenções, levará o conhecimento através da educação alimentar e nutricional, tanto aos indivíduos como aos grupos populacionais (Rosa, 2016). Em relação ao consumo de feijão no dia anterior ao da entrevista, 100% das famílias relataram consumi-lo diariamente. O consumo de verduras e legumes foi informado como de rotina, do total das famílias entrevistadas, 78,57% informaram que as consumiram (Tabela 3). Lembrando que há uma grande disponibilidade e variedade de frutas na localidade, as frutas mais cultivadas na região são: banana, manga, caju, goiaba e acerola. O consumo de hambúrguer e outros alimentos embutidos como (presunto, mortadela, salame, linguiça e salsicha, dentre outros), é muito comum pela maioria das famílias (67,86%). Conforme foi relatado pelas famílias, o alimento mais consumido desse grupo é a mortadela.

**Tabela 3** - Consumo de verduras, legumes, hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, guloseimas salgadas e guloseimas doces da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.

Variável consumo	Categorias	N	%
Verduras e legumes.	Sim		78,57
	Não		21,43
Hambúrguer e/ou embutidos	Sim		67,86
	Não		32,14
Bebidas adoçadas	Sim		71,43
	Não	28	28,57
Guloseimas salgadas	Sim		60,71
	Não		39,29
Guloseimas doces	Sim		39,29
	Não		60,71

Fonte: Autor, 2017.

O consumo de bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) foi observado em 71,43% das famílias entrevistadas, inclusive como alimento bastante consumido (Tabela 3). Nesse grupo, o suco em pó foi o mais consumido. Em se tratando do consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, 60,71%

relatou consumir com frequência esses alimentos, em maior escala o macarrão instantâneo tipo “miojo” e o salgadinho tipo “xilitos”.

A frequência do consumo de biscoitos recheados, doces, balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina e outros foi de 64,29% entre as famílias entrevistadas, sendo o biscoito recheado o mais consumido.

No estudo de Soares & Sátyro (2009), as famílias brasileiras beneficiadas pelo programa de transferência de renda (Programa Bolsa Família), revelaram um aumento quantitativo e na variedade da alimentação devido o auxílio que recebem, independentemente da situação de insegurança alimentar, o que prevalece na decisão de compra é por consumo de alimentos com maior densidade calórica. Nesse sentido é possível perceber que falta orientação sobre alimentos saudáveis para os beneficiários dos programas de transferência de renda, como no caso, do Bolsa Família aqui apresentado.

Berlt (2007) avaliou sobre a frequência do consumo diário pelo informante da família, o consumo de alimentos divididos por grupos alimentares, sendo que os alimentos construtores, fontes de proteína como carnes, leites e derivados do leite são consumidos pela metade das famílias com Insegurança Alimentar. Já para os reguladores (frutas, legumes e verduras), o consumo é baixo mesmo nas famílias com Insegurança Alimentar Leve, 35% não consumiam na sua dieta frutas e legumes diariamente e 56% não consumiam frutas na mesma frequência. Contrapondo-se ao presente estudo, pois mesmo as famílias estando em situação de insegurança alimentar, a frequência de consumo diária de alimentos construtores e reguladores é alta, mas destaca-se também o alto consumo dos alimentos energéticos como cereais, açúcares e margarina.

Dados assemelham-se ao estudo de Panelli-Martins (2008), sendo o consumo elevado das famílias por alimentos de alta densidade calórica (gorduras e açúcares).

Existem várias formas de avaliar o consumo de alimentos, mas uma delas é mais utilizada em nosso país, que é a divisão desses alimentos em grupos. Salientando que essa divisão pode variar em outros países. Tomemos como base que no Brasil, são apresentados oito grupos que contribuem significativamente com a ingestão calórica diária, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira, cuja recomendação é uma ingestão diária, conforme o número de porções, para atingir 2.000 calorias, que segundo o Guia é aplicado a homens e mulheres adultos saudáveis: cereais, tubérculos, raízes e derivados (6 porções); frutas (3 porções); legumes e verduras – hortaliças (3 porções); feijões (1 porção); leite e derivados (3 porções); carnes e ovos (1 porção); óleos, gorduras e sementes oleaginosas (1 porção); açúcares e doces (1 porção). (Brasil, 2014; Sampaio et al., 2010).

Segundo Panigassi (2008) manter a frequência e regularidade das refeições ao decorrer do dia, faz com que se diminua o agravamento da insegurança alimentar. As famílias que vivem essa situação de restrição alimentar apresentam uma dieta monótona e composta por alimentos de alta densidade calórica.

Toda essa preocupação faz sentido, tendo-se em vista que os índices de obesidade só aumentam nos últimos anos. E esse aumento é visto em todas as faixas etárias, inclusive entre as pessoas mais jovens também. (Vieira, 2013)

Fazem parte da produção agrícola alimentos como: feijão, milho, mandioca, caju, manga, acerola, seriguela, banana, abacate, cana-de-açúcar, mamão, café, urucum, pimenta-do-reino e maracujá.

A média por família, é de 5 pessoas em cada residência. Existe uma escola em uma localidade vizinha (Meruoquinha) que atende cerca de 16 alunos, oferecendo educação Infantil e ensino fundamental. Já o ensino médio é oferecido na cidade de Sobral.

O atendimento de saúde é realizado por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). É composto por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma agente de saúde. O atendimento deveria ser mensal, mas é comum passarem-se meses sem a presença dos profissionais de saúde no local. A única exceção é o caso do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que reside na comunidade. O atendimento (quando é realizado) consiste em: consultas de acompanhamento de hipertensos, diabéticos, gestantes, bem como encaminhamentos para exames laboratoriais.

Segundo relatos dos moradores, é muito comum o uso de chás de variedades de plantas nativas cultivadas por eles mesmos. Essas plantas são popularmente consideradas como medicinais. Quando acontece um acidente ou uma emergência por doença grave, a vítima é conduzida por uma ambulância mantida pela Secretaria Municipal de Saúde de Massapê. A remoção é feita para as principais unidades hospitalares de Sobral (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Regional Norte e Hospital do Coração), raramente são levadas para Massapê.

Quanto às práticas de promoção e prevenção de saúde, para quaisquer tipos de doenças, são raras ou praticamente inexistentes.

Das 43 residências, apenas 30% são construídas de alvenaria, enquanto 70% são de taipa. Em relação à cobertura (telhado), 95% das casas são cobertas de telhas e o restante, são cobertas com folhas de palmeira (babaçu). Em relação ao tipo de iluminação, 100% das residências são abastecidas com energia elétrica. A água consumida pela população vem de fontes naturais que são pequenos buracos escavados no leito do rio (cacimbas), poços

artesanais ou artesianos e cisternas que armazenam água proveniente do inverno (período chuvoso). Toda água consumida pela comunidade não passa por nenhum tipo de tratamento. Das 43 famílias residentes na comunidade 55% residem em locais próprios ou de familiares, enquanto as demais habitam em terras pertencentes a outras famílias.

Não existe saneamento básico. A maioria das casas não possui banheiro, vaso sanitário e nenhum tipo de fossa. Todos os dejetos humanos são jogados em qualquer lugar (a céu aberto), favorecendo assim a contaminação do solo e da água.

Em relação aos programas sociais do Governo Federal, destaca-se o Bolsa Família, onde a grande maioria das famílias são beneficiárias do mesmo. Há também pessoas que recebem aposentadorias, existem também funcionários públicos e pessoas que trabalham em Sobral em diferentes atividades.

Em relação ao sexo dos entrevistados, percebemos na Tabela 4, o predomínio do sexo feminino (89,28%) em relação aos homens (10,72%) como chefes de famílias, o que demonstra a presença e participação da mulher cada vez maior na vida da família.

**Tabela 4** – Distribuição do sexo, idade e raça dos chefes das famílias da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.

<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Sexo	Feminino	25	89,28
	Masculino	03	10,72
	Total	28	100
Idade	20 a 39	17	60,71
	40 a 59	11	39,29
	Total	28	100
Raça	Parda	15	53,58
	Branca	10	35,71
	Negra	03	10,71
Total		28	100

Fonte: Autor, 2017

Constatou-se que há uma predominância do sexo feminino entre os chefes das famílias entrevistadas na comunidade. Conforme um estudo de Mendes et al, 2014, nos últimos 20 anos no Brasil e na América Latina, as questões de gênero e poder no meio rural tem sido frequentemente vista e questionada pelas organizações das mulheres nas regiões rurais, tendo-

se como exemplo, o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), que lutam, tanto pelo acesso à terra, como pelo reconhecimento profissional. Essa preocupação e questionamento se deve ao fato da invisibilidade e pouco reconhecimento da participação efetiva da mulher na vida familiar em todos os seus aspectos, e mesmo assim apesar dessa invisibilidade, constata-se a presença e participação efetiva da mulher tanto na produção agrícola como na transformação do que é cultivado, em gêneros alimentícios para alimentar as famílias. Nesse sentido, a contribuição da mulher com o seu trabalho, é primordial para a garantia da segurança alimentar, e na maioria dos casos, contribui sobremaneira para a manutenção das unidades de produção, principalmente no campo.

Observa-se ainda na Tabela 4 que a faixa etária predominante é a de 20 a 39 anos (60,71%). Dentro do grupo de famílias estudadas prevaleceu uma população essencialmente jovem. Ainda conforme a mesma tabela, a cor predominante das famílias da comunidade estudada, é a parda (53,58%).

Na sequência das apresentações dos dados, vemos na Tabela 5, que 71,43% dos chefes de família tinham até 08 anos de estudo. Essa situação se reflete em situações de falta de informações e falta de conhecimento a respeito de alimentação saudável e variada, afetando assim a valorização para a aquisição de alimentos saudáveis e variados.

Em relação a renda, podemos observar que a maioria das famílias (75 %) sobrevive com até 1/2 salário mínimo. A renda mensal está diretamente relacionada a situação de insegurança alimentar, pois quanto menor a renda, maior a insegurança alimentar e nutricional. (Vianna; Corrêa, 2008).

Tal resultado coincide com o que foi encontrado em vários estudos na temática, com diferentes indicadores, já apontavam, como o Relatório de Desenvolvimento Humano 2014, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e o Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, organizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), para citar alguns dos mais recentes. Segundo esses estudos, entre 2001 e 2012, a renda dos 20% mais pobres da população brasileira cresceu três vezes mais do que a renda dos 20% mais ricos. Em um horizonte maior, de 1990 a 2012, a parcela da população em extrema pobreza passou de 25,5% para 3,5%. (Brasil, 2014)

Não foi encontrada nenhuma pessoa com deficiência física, apenas com deficiência visual, sendo 02 (duas) da mesma família. O que não impossibilitou a avaliação antropométrica. Também não foi encontrada nenhuma gestante durante a coleta de dados, conforme informações das famílias.

**Tabela 5** – Distribuição do grau de escolaridade, renda mensal, número de moradores, famílias beneficiárias de programa social, tipo de construção da casa, abastecimento de água e destino dos dejetos dos chefes das famílias da comunidade Terra Nova do município de Massapê-CE, 2017.

Variável	Categorias	N	%
Escolaridade (Anos de estudo)	0 a 8	20	71,43
	9 a 11	07	25,00
	12 ou mais	01	3,57
Renda mensal	Até 1/2 SM*		75,00
	De ½ até 1 SM		21,43
	> 1 SM		3,57
Nº de moradores no domicílio	Até 2		10,71
	De 3 a 5		32,14
	5 ou mais		57,15
Beneficiário de Programa Social do governo	Sim		82,15
	Não		17,85
Tipo de construção	Alvenaria		39,29
	Taipa		60,71
Abastecimento água	Cacimbão		85,72
	Poço artesiano		14,28
Destino dejetos	Céu aberto		78,58
	Fossa		21,42

Fonte: Autor, 2017

Conforme a Tabela 5, o grau de escolaridade avaliado por anos de estudo apresenta uma situação onde a maioria das famílias (71,43%) estudou apenas durante 8 anos de suas vidas, enquanto 25% delas, estudou durante 9 a 11 anos, e apenas 3,57% estudou, durante 12 anos ou mais, o que representa dentro da população um baixo nível de escolaridade. Conforme pesquisas publicadas anteriormente, há evidências que ligam o baixo nível de escolaridade (anos de estudo) ao desenvolvimento de sobrepeso e obesidade. Ao avaliar os dados desses estudos percebe-se o nível de escolaridade como uma das principais variáveis, responsável, pela ligação inversa entre o nível socioeconômico e a obesidade entre mulheres brasileiras. Essa associação pode ser atribuída às consequências da falta de informação e

orientação para a perda de peso, resultando assim em um modo de vida menos saudável, onde se dá um efetivo aumento de alimentos de baixo valor e sua alta densidade calórica ((Teichmann, (2009); Lins et al.,(2013)).

Em relação ao número de moradores por domicílio, observa-se que a maioria das famílias (57,15%) conta com mais de 05 moradores. Conforme a mesma Tabela pode-se perceber que a maioria dos chefes das famílias entrevistadas (82,14%) recebem benefício social do governo federal, que no caso, é o Bolsa Família.

Como pode se observar, o tipo de construção predominante, na comunidade, são as casas construídas em taipa (60,71%), enquanto que as casas de alvenaria totalizam 39,29% dos tipos de construção.

De acordo ainda com a mesma tabela, vimos que em relação ao abastecimento de água, a maioria das casas utiliza água de cacimbão (85,71%) e por último em relação a Tabela 5, observa-se que a maioria das casas das famílias entrevistadas não possuem nenhum tipo de fossa como destino para os dejetos, totalizando 78,58%. No restante das casas (21,47%) possuem fossa, as quais são do tipo negra e rudimentar.

Em relação ao destino do lixo, não há coleta pública, nesse caso o lixo é todo incinerado pelos próprios moradores de cada residência. Foi relatado por um deles que algumas famílias enterram as fraldas descartáveis usadas por crianças. Já outros, não fazem isso, queimam todo o lixo sem separá-lo. Sobre rede de esgotos também não há nenhum tipo de tratamento, ou seja, os esgotos das casas de toda a comunidade escoam a céu aberto.

Evidenciando o que foi constatado nesse estudo, temos uma situação semelhante para outra pesquisa realizada no sul do país que afirma que o consumo inadequado de alimentos em famílias cujas genitoras tem abaixo de 8 anos de estudo, pertencem a uma classe econômica menos favorecida e vivem em lares com 5 ou mais moradores, contribui efetivamente para a existência de algum tipo de insegurança alimentar (Ruschel et al., 2015)

Conforme Vianna e Corrêa (2008), o tipo de moradia e suas condições, a falta de acesso aos serviços básicos e a renda familiar estão diretamente ligadas com a situação de insegurança alimentar. Quando as condições de moradia são precárias, ou seja, quando a casa não é de alvenaria, aumenta em quase duas vezes a chance de insegurança alimentar. Outro fato é ter de ir buscar água fora da residência, que aumenta em 1,38 vezes a mesma chance.

Conforme PNAD (2004), na zona rural foi encontrada a maior prevalência domiciliar de insegurança alimentar (moderada ou grave), bem como a maior parcela da população vivendo nessa condição. Enquanto que na zona urbana 11,4 % e 6% dos domicílios se encontrava em insegurança alimentar moderada e grave, respectivamente. Na zona rural as

prevalências insegurança alimentar moderada e grave eram 17% e 9%, respectivamente. Outro dado importante da pesquisa é que ela afirma que em torno de 9,5 milhões de pessoas moradoras em áreas rurais vivem em domicílios com restrição quantitativa de alimentos, ou seja, em insegurança alimentar moderada ou grave, ou seja, as famílias entrevistadas conviveram com a experiência de fome, nos 90 (noventa) dias que antecederam a entrevista.

Já em outra pesquisa realizada no Nordeste do Brasil, mais especificamente no estado de Sergipe, percebe-se diferenças nos resultados em relação a essa pesquisa, no que se refere as características sócio demográficas, das quais podemos citar: a maioria (73,2%) dos chefes de família eram do sexo masculino, 40,2% estavam com excesso de peso, 71,5% eram agricultores, 67,4% tinham quatro ou menos pessoas residentes na casa. Nenhum dos chefes de família da referida pesquisa alcançou o ensino superior e 78,2% tinha ensino fundamental incompleto. Além desses dados foi visto também que 19% das famílias se encontrava abaixo da linha de pobreza, ou seja, em uma condição que se considera de indigência (Almeida et. al., 2017).

Em se tratando de indicadores sociais, percebe-se uma forte ligação entre a situação de insegurança alimentar e as condições inadequadas de saneamento básico, tipo e material de construção de casas, bem como condições precárias de saneamento. Evidenciou-se também a ocorrência de insegurança alimentar em residências cujo chefe de família se autor referiu sendo de cor parda ou negra ao ser entrevistado (Morais, 2014).

Para mais elucidação da importância da disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição de alimentos saudáveis, em um estudo realizado no Sul do Brasil, foi constatado a associação direta entre a renda dos entrevistados e a insegurança alimentar (Lindermann, 2015).

Um outro fato que se associa intensamente com a questão da renda, é a instabilidade de preços dos alimentos em nosso país, pois conforme Silva (2008), essa oscilação de preços, principalmente, para as famílias de baixa renda contribui para o aumento da prevalência de insegurança alimentar em seu meio.

#### **4. Conclusões**

Como pode ser visto há a necessidade da realização de mais estudos dessa natureza para que sejam evidenciados resultados como os que foram constatados aqui, ou seja, uma predominância de insegurança alimentar e de consumo de alimentos de alta densidade calórica, fazendo parte do cardápio de famílias que são beneficiárias de programa de

transferência de renda, mas que na maioria das vezes, não tem acesso à informação sobre alimentação saudável.

A repercussão negativa para as políticas públicas e para a questão da saúde em si, é que cada vez mais temos pessoas adoecendo e precisando de atendimento nos serviços públicos de saúde, na maioria das vezes, por causas diretamente relacionadas a alimentação e seus determinantes sociais, que infelizmente na maioria dos casos são negativos, como por exemplo: falta de acesso físico e financeiro aos alimentos de boa qualidade, falta de acesso aos serviços de saúde, falta de acesso às informações, dentre outros. Podemos afirmar que esses indivíduos e coletividades vivem uma completa situação de insegurança alimentar.

Dessa forma é primordial incentivar e colaborar com a construção e implementação de políticas públicas na saúde, educação e ação social que se preocupem efetivamente com o combate a essas questões, de forma mais contundente e realista e que todos tenham acesso efetivamente. Esse acesso pode iniciar-se com a ampla participação da população já na construção de projetos de educação alimentar e nutricional com ênfase na educação popular.

## **Referências**

Abrandh – Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos [homepage na internet] Brasília; (2010). Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/artigos.html>

Aires, J. S., Martins, M. C., Joventino, E. S.; & Ximenes, L. B. (2012). (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *Acta Paul Enferm. Fortaleza*, 25 (1): 102-108.

Albuquerque, M. F, M. (2009). A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. *Rev. Nutr. Campinas. Campinas*, 22 (6):895-903.

Almeida, J. A., Santos, A. S., Nascimento, M. A. O., Oliveira, J. V. C., Silva, D. G.; & Mendes-Netto, R. S. (2017). Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2): 479-488. doi: 10.1590/1413-81232017222.27102015

Anschau, F. R., Matsuo, T.; & Segall-Corrêa, A. M. (2012). Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. *Rev. Nutr., Campinas, 25 (2): 177-189.*

Antunes, M. M. L., Sichieri, R.; & Salles-Costa, R. (2010). Consumo alimentar de menores de três anos residentes em área de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, nº 8, p. 1642-1650.*

Alvarenga, E. M. de. (2012). *Metodologia de Investigação Científica. Universidad Nacional de Assunción – UNA – Facultad de Filosofía / Facultad de Ciências Médicas – Carrera de Kinesiología. Assunción, Paraguay.*

Apa. (2012). Manual de publicação da APA / American Psychological Association. Porto Alegre/RS. Penso.

Belik, W. (2003) Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade, v. 12, n.1. 12-20.*

Berlt, F.M.G. (2007) Insegurança alimentar nas famílias sob cobertura da estratégia saúde da família. *Cinergis. 8 (2): 27-36.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Decreto-lei nº 8.618, de 29 de dezembro de 2015. Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo.

Brasil. (2014). Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO). O Estado de Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. Um retrato multidimensional.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação geral da política de alimentação e nutrição. Guia alimentar para a população brasileira.

Brasil. (2010). Ministério do Planejamento, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2009. Segurança Alimentar, Brasil.

Brasil. (2009). Centro Brasileiro de Análise e Planejamento/Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.

Brasil (2006). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD - 2004.

Brasil. (2004), Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil.

Ceará. (2015). Arquivo da Associação Comunitária Produtiva de Terra Nova. Histórico da Comunidade Terra Nova.

Cadernatori, L. H. U. & Grubba, L.S. (2012). O embasamento dos direitos humanos e sua relação com os direitos fundamentais a partir do diálogo garantista com a teoria da reinvenção dos direitos humanos. *Revista Direito GV, São Paulo* 8 (2). 703-724.

Corrêa, A. M. S. (2007). Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estudos avançados. Campinas-SP*, 60. 143-154.

Cordeiro, G. R., Molina, N. L. e Dias, V. F. (2014) (Org.) *Orientações e dicas práticas para trabalhos acadêmicos*. Curitiba-PR. InterSaberes.

Erhardt, C. (2015) *O direito humano à alimentação adequada como direito fundamental*. Curitiba-PR. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Ferreira, H. S. (2011). *Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências biológicas e da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Rubio.

Filgueiras, M. C., Lima, N. V. R., Souza, S. S. & Moreira, A. K. F. (2012). Prevalência de obesidade em crianças de escolas públicas. *Revista Ciência & Saúde*. Porto Alegre, v. 5, n. 1, 41-47.

Godoy, K., Sávio, K. E. O., Akutsu, R. C., Gubert, M. B., & Botelho, R. B. A. (2017). Food insecurity and nutritional status of individuals in a socially vulnerable situation in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (2):607-616. doi: 10.1590/1413-81232017222.17132016

Guerra, L. D. S. (2011). *Análise da insegurança alimentar e fatores associados em domicílios com adolescentes de municípios da área de abrangência da BR 163 – Mato Grosso, Brasil, 2011*.

Kauark, F. (2010). *Metodologia da pesquisa: guia prático* / Fabiana Kauark, Fernanda Castro Manhães & Carlos Henrique Medeiros. – Itabuna: Via Literarum,

Lindermann, I. L., Oliveira, R. R.; & Mendoza-Sassi, R. A. (2015). Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (2): 599-610. doi: 10.1590/1413-81232015212.04262015

Magalhães, R. (2014). Avaliação de políticas e iniciativas públicas de segurança alimentar e nutricional: dilemas e perspectivas metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (5): 1339-1346. doi: 10.1590/1413-81232014195.12202013

Maluf, R. S. & Reis, M. C. (2005) *Manifestações de insegurança alimentar*. Material Didático preparado para o curso Conceitos e Princípios de SAN: Projeto Construindo

Capacidades em SAN. Toronto, Centre for Studies in Food Security/Ryerson University:  
Rio de Janeiro, Ceresan/ CPDA/UFRRJ.

Mancuso, A. M. C.; Vieira, V. L. & Costa, C. G. A. In Garcia, R. W. D. (Coord.) (2012).  
*Mudanças alimentares e educação nutricional: nutrição e metabolismo*. Rio de Janeiro:  
Guanabara Koogan.

Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo – SP.  
Atlas.

Marucci, M.F.N.; Roediger, M. A. & Santos, L. O. (2014). Nutrição no Ciclo da Vida: Adultos  
e Idosos. In CARDOSO. M. A. / *Nutrição em Saúde Coletiva* / São Paulo. Editora Atheneu.

Mendes, M. F.; Neves, S.M.A.; Neves, R.J. & Silva, T. P. (2014). A organização das mulheres  
extrativistas na região Sudoeste mato-grossense. *Estudos Feministas, Florianópolis*, 22 (1):  
416.

Morais, D. C., Dutra, L. V., Franceschini, S. C. C.; & Priore, S. E. (2014). Insegurança  
alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma  
revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (5): 1475–1488. doi: 10.1590/1413-  
81232014195.13012013

Nobre, L. N.; Murta, N. M. G.; Souza, M. M.; Ferreira, N. C.; Cardoso, L. M. &  
Hamacek, F. R. (2009). Segurança Alimentar em uma Comunidade Rural no Alto Vale do  
Jequitinhonha/Mg. *Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas*, v. 16, n. 1. 18-31.

Martins-Panelli, B.E.; Santos, S.M.C. & Assis, A.M.O. (2008) Segurança alimentar e  
nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia,  
Brasil. *Revista de Nutrição*. 21, 65-81.

Panigassi, G.; Segall-Corrêa, A.M., Marin-Léon, L., Pérez-Escamilla, R., Maranhã, L. K. &  
Sampaio, M. F. A. (2008). Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de  
alimentos. *Rev. Nutr., Campinas*, 21.135–144.

- Pérez-Escamilla, R. (2005) *Seguridad Alimentaria Y Nutricional: Marco Conceptual*. In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia. *Sociologia e realidade: pesquisa social no século XXI*. Belo Horizonte.
- Pérez-Escamilla, R. & Segall-Côrrea, A.M. (2008). Food Insecurity Measurement and Indicators: Critical review. *Rev. Nutr.*v. 21. 15-26.
- Pessanha, L.; Santos, C.V.& Mitchell, P. V. (2008). *Indicadores para avaliar a Segurança Alimentar e Nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação: metodologias e fontes de dados*. Caxambu – MG.
- Pimentel, P.G., Sichieri R. & Costa, R. S. (2009) Insegurança alimentar, condições econômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. *R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2. 283-294*.
- Pinheiro, Anelise Rizzolo de Oliveira. (2008). Reflexões sobre o processo histórico/político de construção da lei orgânica de segurança alimentar e nutricional. *Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas, 15(2): 1-15*.
- Pinto, F. C. L. (2007). *Segurança alimentar e nutricional: o Programa Bolsa Família na realidade de um município da zona da mata pernambucana*. Recife/PE.
- Piovesan, Flávia; Conti, Irio Luiz (coord.). (2007). *Direito humano à Alimentação Adequada*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Prodanov, C. C., Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. Novo Hamburgo-RS: Editora Feevale.
- Rocha C. (Org.) (2013). *Segurança Alimentar e Nutricional: perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rosa, P. B. Z., Giusti, L. & Ramos, M. (2016). Educação alimentar e nutricional com universitários residentes de moradia estudantil. *Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre. 9(1) 15-20*.

Ruschel, L. F., Henn, R. L., Backes, V. Melo, P., Marques, L.A. S.; & Olinto, M. T. A. (2016) Insegurança alimentar e consumo alimentar inadequado em escolares da rede municipal de São Leopoldo, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(7):2275-2285. doi: 10.1590/1413-81232015217.00742015

Ruiz, J. A. (2006). *Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos*. São Paulo. Atlas.

Sampaio, H. A. C., Sabry, M. O. D., Diniz, D. B., Sá, M. L. B., Castro, S. M. V., Feijão, I. E. P. & Bezerra, S. R. (2010). Consumo de frutas e hortaliças por indivíduos atendidos pelo programa saúde da família na periferia da cidade de Fortaleza – Ceará. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v.13. n. 2.175-181.

Sampaio, M. F. A., Kepple, A. W., Corrêa, A. M. S., Oliveira, J. T. A. de., Panigassi, G., Maranhã, L. K., Leon, L. M., Begamasco, S. M. P. P. & Escamilla, R. P. In Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. *Segurança Alimentar e Nutricional*. (13)(1) 64-77.

Santos, J. V., Gigante, D. P. & Domingues, M. R. (2010) Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 26(1)41-49.

Segall-Correa, A. M. & Marin-Leon, L. (2009). A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Campinas*, v. 16, nº2.1-19.

Silqueira JR. P. H., Oliveira, M. A. M. (2010). Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: *Revista dos Tribunais*.

Silva, C. R. L., Sachs, R. C. C., & Carvalho, M. A. (2008). Insegurança alimentar das famílias de baixa renda na cidade de São Paulo. *Revista de Economia Mackenzie*, 8 (2). 69-88.

Soares, S. & Satyro, N. (2009). O programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras. *IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. 1424.

Teichmann, I. T. M. (2009). *Cardápios: técnicas e criatividade*. Caxias do Sul, RS. EDUCS.

Rosa, P. B. Z., Giusti, L. & Ramos, M. (2016). Educação alimentar e nutricional com universitários residentes de moradia estudantil. *Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre*. 9(1).15-20.

Valente, F. L. S. (2002). *Direito Humano À Alimentação - Desafios e Conquistas*. São Paulo: Editora Cortez.

Via Campesina. (2016, Julho) Qué es La Soberanía Alimentaria? Disponível em: <http://viacampesina.org/es/index.php/temas-principales-mainmenu-27/soberanalimentary-comercio-mainmenu-38/314-que-es-lasoberania-alimentaria>.

Vianna, R. P. T. & Corrêa-Segall, A. M. (2008) Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Nutr., Campinas*, 21. 111-122.

Vieira, V. L., Gregório, M. J., Cervato-Mancuso, A. M. & Graça, A. P. S. R. (2013). Ações de Alimentação e nutrição e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 22, n. 2. 603-617.

World Health Organization. (1995). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n° 854. Geneva, Switzerland: WHO.