

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**

**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

**CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**YAHÍA MARIANA MENDONÇA GAMA**

**SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E  
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES RESIDENTES EM  
UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO CURIMATAÚ  
PARAIBANO**

Cuité/PB

2017

YAHÍIA MARIANA MENDONÇA GAMA

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM  
MULHERES RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO  
CURIMATAÚ PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Nutrição e Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Esp. Luciana Maria Pereira de Sousa

Cuité/PB

2017

UFMG / BIBLIOTECA



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

G184s Gama, Yahia Mariana Mendonça.  
Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em mulheres residentes em um município de pequeno porte no Curimataú paraibano. / Yahia Mariana Medonça Gama. - Cuité: [s. n.], 2017.  
58fl. : il. tab.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Esp. Luciana Maria Pereira de Sousa.  
Monografia do Curso de Bacharelado em Nutrição.  
Contém apêndices.  
Disponível em CD.

1. Segurança alimentar. 2. Insegurança alimentar. 3. Mulher - segurança alimentar. I. Sousa, Luciana Maria Pereira de. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Educação e Saúde. IV. Título

CDU 641.5

YAHIA MARIANA MENDONÇA GAMA

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA  
EM MULHERES RESIDENTES EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO  
CURIMATAÚ PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de Bacharel  
em Nutrição, com linha específica em Nutrição e  
Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Esp. Luciana Maria Pereira de  
Sousa

Aprovado em: 14 / junho / 2017

BANCA EXAMINADORA

*Luciana Maria Pereira de Sousa*

Prof. Esp. Luciana Maria Pereira de Sousa  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientadora

*Michelly Pires Queiroz*

Prof. Msc. Michelly Pires Queiroz  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinadora

*Nuara Moraes Freire*

Esp. Nuara Moraes Freire  
Secretaria Municipal de Assistência Social de Cuité  
Examinadora

UFCCG / BIBLIOTECA

À minha família, em especial a minha mãe.  
Mulher forte que me inspira a seguir seus  
acertos e a lutar em todas as batalhas da vida  
com fé, coragem e esperança.

Dedico.

UFMG / BIBLIOTECA

## AGRADECIMENTOS

Um trabalho como este não é êxito individual, é fruto da construção coletiva que envolveu diversas pessoas e me colocou em situações bastante especiais.

Primeiramente agradeço à Deus. Abrigo. Ao qual entrego minha vida e meus caminhos e sei que posso descansar. À Ele toda honra e toda glória.

Agradeço a minha mãe, meu espelho, porto seguro, colo amoroso sempre pronto pra me receber nas glórias e angústias. Quem se dedicou para que meu caminho fosse mais fácil e prazeroso.

*“Não me esqueci de nada, mãe.*

*Guardo a tua voz dentro de mim.*

*E deixo-te as rosas.”*

Ao meu avô, Genivaldo. No momento em que escrevo este agradecimento procuro palavras para descrever o amor que sinto por ti e, ao invés delas, me vem as lágrimas. Lágrimas de amor e gratidão a Deus por colocar um ser humano tão incrível e maravilhoso como o senhor em minha vida. Gratidão por ser quem és.

Ao meu companheiro, Rico. Sempre ao meu lado em todos os momentos. Aquele que me incentiva a voar alto, que sonha comigo os sonhos mais audaciosos. Minha calma, fonte de amor, amigo de todas as horas. A ti o meu amor e gratidão.

À minha amada família, pedra fundamental. Minha avó Romilda, tio Douglas e as primas Sonaly e Simone. Obrigada por todo o incentivo.

Aos amigos que a vida me presenteia, sempre lembrando que vale a pena viver. Obrigada por entender a minha ausência em momentos tão importantes em suas vidas e por permanecerem sempre comigo, mesmo longe. Toda a minha gratidão pela companhia linda, na harmonia dos laços da amizade verdadeira.

Aos meus sogros, por todo o apoio e incentivo.

Às minhas companheiras de morada em cuité, Renata e Tainá. Uma foi um presente especial que Cuité me deu. A outra caminha junto comigo desde a infância. As duas trouxeram mais leveza aos meus dias. Obrigada por compartilhar todos os momentos, desde os mais felizes aos mais angustiantes. Vocês foram essenciais nessa caminhada.

À Luciana, por contribuir com a construção desse trabalho.

À banca examinadora, por aceitarem o convite e pelas contribuições e enriquecimento neste trabalho.

Aos colegas e coordenadores do Núcleo PENSO e SAN CUITÉ, os quais foram fundamentais para coleta destes dados.

Agradeço ao CNPq pela bolsa concedida que possibilitou a realização da pesquisa.

À todos os professores da UFCG – campus Cuité, pelos ensinamentos, dedicação e empenho.

Obrigada por me preparar para a vida.

À Normanda por me auxiliar com o banco de dados e por contribuir com as análises estatísticas.

Finalmente agradeço a todas as pessoas que estiveram, mesmo por poucos momentos, ao meu lado, que deixaram um pouco de si e levaram um pouco de mim.

UFCG / BIBLIOTECA

UFMG / BIBLIOTECA

Nunca é tão alto o preço a pagar pelo privilégio de pertencer a si mesmo.

Friedrich Nietzsche



## RESUMO

GAMA, Y. M. M. **Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em mulheres residentes em um município de pequeno porte no curimataú paraibano.** 2017. 57p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2017.

A Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. A Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN) se faz presente no domicílio quando não há o cumprimento deste direito e esta condição pode afetar negativamente a qualidade de vida das famílias ou de algum membro. Como também, é um fator de risco para a saúde. A classificação da insegurança alimentar em diferentes gradientes corresponde a patamares diferenciados: Leve, Moderada e Grave. O objetivo deste estudo é analisar a Segurança Alimentar e Nutricional domiciliar e a qualidade de vida em mulheres residentes em um município de pequeno porte no Curimataú paraibano. Trata-se de uma pesquisa quantitativa realizada com 274 mulheres, onde a avaliação da SAN se deu através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e a qualidade de vida pelo inquérito WHOQOL-bref. A Qualidade de Vida (QV) foi avaliada por meio de escores médios para cada domínio, como também classificada em Baixa e Boa qualidade de vida. Para análise dos dados utilizou-se o software SPSS. Foi realizada análise descritiva e teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). A maioria das entrevistadas, pertencia a faixa etária de 20-59 anos, possuía ensino fundamental completo ou incompleto e renda de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo. A prevalência de SAN na população em estudo é de 60,6% e de INSAN 39,5%. O escore que apresenta melhor média da QV refere-se ao domínio de relações sociais, 71,27 e aproxima-se mais da boa qualidade de vida. A baixa QV se faz presente nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente, 54,41; 55,94 e 56,82, respectivamente. A relação de SAN e QV, mostrou que há uma maior prevalência de Boa QV entre famílias classificadas em SAN quando comparados a INSAN. À medida que a intensidade da INSAN aumenta, a QV é menor, as prevalências significativas são para o domínio psicológico ( $p < 0,009$ ), relações sociais ( $p < 0,008$ ) e meio ambiente ( $p < 0,001$ ). Neste sentido, as práticas alimentares devem ser pensadas com uma atenção maior para as necessidades sociais do indivíduo e assim reduzir a iniquidade em saúde e garantia de melhor qualidade de vida. Buscando promover a integralidade,

intersetorialidade, equidade e participação social, bem como, designar debates acerca de políticas públicas alimentares, sociais, econômicas e ações de saúde.

**Palavras chave:** Segurança Alimentar e Nutricional. Gênero. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

GAMA, Y. M. M. **Food and nutritional security and quality of life in women living in a small municipality in curimataú Paraíba.** 2017. 57p. Completion of Coursework (Nutrition Graduation) – Federal University of Campina Grande, Cuité, 2017.

Food and Nutrition Security (FNS) is the realization of the right of everyone to regular and permanent access to quality food in sufficient quantity without compromising access to other essential needs, based on health-promoting food practices that respect cultural diversity and That are environmentally, culturally, economically and socially sustainable. Food and Nutritional Insecurity (FNI) is present at home when there is no fulfillment of this right and this condition can negatively affect the quality of life of families or a member. As well, it is a health risk factor. The classification of food insecurity in different gradients corresponds to differentiated levels: Light, Moderate and Severe. The objective of this study is to analyze household food and nutritional security and quality of life in women living in a small municipality in Curimataú, Paraíba. This is a quantitative study carried out with 274 women, where the evaluation of the SAN was through the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA) and quality of life by the WHOQOL-bref survey. The Quality of Life (QOL) was evaluated by means of average scores for each domain, as well as classified in Low and Good quality of life. SPSS software was used to analyze the data. Descriptive analysis and chi-square test ( $p < 0.05$ ) were performed. Most of the interviewees, who belonged to the age group of 20-59 years, had complete or incomplete elementary education and income of up to  $\frac{1}{2}$  minimum wage. The prevalence of FNS in the study population is 60.6% and the prevalence of FNI is 39.5%. The score that presents a better mean of QOL refers to the domain of social relations, 71,27 and is closer to the good quality of life. The low QOL is present in the Physical, Psychological and Environmental domains, 54, 41; 55,94 and 56,82, respectively. The relationship of FNS and QOL was observed that there is a higher prevalence of Good QOL among families classified in FNS when compared to FNI. As the intensity of the FNI increases, the QOL is lower, the significant prevalences are for the psychological domain ( $p < 0.009$ ), social relations ( $p < 0.008$ ) and environment ( $p < 0.001$ ). In this sense, dietary practices should be thought with greater attention to the social needs of the individual and thus reduce the inequity in health and guarantee a better quality of life. Seeking to promote

integrality, intersectorality, equity and social participation, as well as designate debates about public food, social, economic and health policies.

**Key-words:** Food and nutrition security. Genre. Quality of life.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Aspectos das mulheres investigadas quanto as condições socioeconômicas e demográficas do município de Cuité, Paraíba, 2014 (n=274).....	32
<b>Tabela 2</b> - . Características relacionadas as mulheres entrevistadas no município de Cuité-PB 2014, (n=274).....	35
<b>Tabela 3</b> - Caracterização das mulheres investigadas quanto à qualidade de vida de acordo com escore médio, boa e baixa qualidade de vida, Cuité- PB, 2014, (n=274).....	37
<b>Tabela 4</b> Resultado da associação dos domicílios investigados quanto à situação de segurança alimentar e nutricional da família e os domínios da qualidade vida de mulheres residentes no município de Cuité-PB, 2014, (n=274).....	39

## LISTA DE SIGLAS

CG – Comentário Geral

DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada

EBIA – Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

ET 0-100 – Escore Transformado 0-100

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INSAN – Insegurança Alimentar e Nutricional

I PRONAN – I Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

II PRONAN – II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição

ITA – Instituto Técnico de Alimentação

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MST- Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNSD – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SAPS - Serviço de Alimentação da Previdência Social

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

QV- Qualidade de vida

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

WHOQOL-bref – Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
3.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL.....	18
3.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E INDICADORES. ....	22
3.3 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E GÊNERO .....	23
3.4 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E AVALIAÇÃO.....	26
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
4.1 DESENHO DE ESTUDO .....	29
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	29
4.4 COLETA DE DADOS .....	29
4.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	30
4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	31
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>49</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A condição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) tem raízes em várias dimensões as quais envolve questões de acesso a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, práticas alimentares saudáveis, práticas de produção, cidadania e direitos humanos sustentáveis, o que determina que o tema seja abordado em caráter multidisciplinar. Compreender essas questões pode constituir em um instrumento efetivo de orientação de políticas direcionadas a melhorar a Segurança Alimentar e Nutricional da população (KEPPLE, 2011).

É nesse contexto multidimensional da SAN que se apresenta a real importância do ato individual de se alimentar como parte de um direito humano básico que, por sua vez, é considerado, segundo o Comentário Geral (CG) nº 12 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, artigo 11, parágrafos 1 e 2, como:

O direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deverá, portanto, ser interpretado num sentido estrito ou restritivo, que equaciona em termos de um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada deverá ser resolvido de maneira progressiva (ONU, 1999)

Dessa maneira o Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) é, portanto, o direito de todas as pessoas e povos ao acesso físico e econômico, de modo regular, permanente e livre à alimentação e, assim como todos os outros direitos humanos, é universal, indivisível e inalienável. Desta forma, o que se expressa na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), lei nº 11.346, de 15 de julho de 2006, dialoga com as diretrizes do DHAA de maneira que incorpora os seus princípios e instrumentos a fim de assegurar tal direito. A LOSAN determina que: “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” (BRASIL, 2006).

No Brasil, a décadas, vem sendo desenvolvidas ações direcionadas ao combate à fome e, após a LOSAN, garantir o direito a SAN de sua população. Uma dessas estratégias diz respeito ao plano de ação firmado com outros países na Cúpula Mundial da Alimentação, nos anos de 1996 e 2002, que estabelece uma série de compromissos, dentre os quais o de reduzir pela metade o número de pessoas que passam fome no mundo até 2015. Esta meta já foi



alcançada por alguns países latinos como Chile, Equador, México e Brasil. Essas ações ganharam nova força no Brasil com a implementação do Programa Fome Zero no ano de 2003, sendo essa a principal estratégia e ferramenta do poder público para a orientação de programas e políticas de combate a fome (CONTI, 2011).

Diante do exposto, questiona-se: Como se apresenta a situação da Segurança Alimentar e Nutricional e sua relação com a qualidade de vida em mulheres residentes no município de Cuité –PB?

A relevância desse estudo está pautada nas mudanças que vem acontecendo por essa população, dessa maneira será averiguado de que forma o fenômeno da Segurança Alimentar e Nutricional afetou a situação da qualidade de vida da população feminina residente do município de Cuité. Nesse sentido, o presente estudo destina-se a investigar e produzir informações sobre a situação de Segurança Alimentar e Nutricional e qualidade de vida em mulheres do município de Cuité, situado no curimataú Paraibano.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a Segurança Alimentar e Nutricional domiciliar e a qualidade de vida em mulheres residentes em um município de pequeno porte no Curimataú paraibano.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a situação socioeconômica e demográfica em que vivem as mulheres residentes no município de Cuité, situado no Curimataú paraibano;
- Caracterizar a situação de Segurança Alimentar e Nutricional domiciliar das mulheres pesquisadas por este estudo;
- Analisar a qualidade de vida de mulheres residentes em Cuité -PB, de acordo com o Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref);
- mostrar a relação da situação de Segurança Alimentar e Nutricional com os domínios da qualidade vida de mulheres residentes no município de Cuité-PB.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O CONTEXTO HISTÓRICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL

A fome no Brasil vem sendo discutida por pesquisadores a décadas. Para a maioria dos autores suas raízes encontram-se no processo histórico da formação da sociedade brasileira. No Brasil, as intervenções no âmbito da alimentação até a década de trinta, do século passado, limitava-se apenas ao abastecimento e a fiscalização dos alimentos. Neste contexto surgiu Josué de Castro, pesquisador, geógrafo e médico pernambucano dedicado ao estudo da fome no Brasil, com objetivo tornar a questão da alimentação obrigação do estado (CUSTÓDIO, 2011).

Castro averiguou as condições alimentares da população das diversas regiões do país e diagnosticou uma deficiência calórica grave, bem como um déficit na ingestão de diversos nutrientes:

[...] a fome coletiva é um fenômeno de categoria social, provocado, via de regra, pelo aproveitamento inadequado das possibilidades e recursos naturais ou pela má distribuição dos bens de consumo obtidos. [...] A verdade, difícil de ser ocultada, é que o mundo dispõe de recursos suficientes para permitir o uso de tipos adequados de alimentação por parte de todas as coletividades. E se, até hoje, muitos dos *Hóspedes da Terra* continuam sem participar do seu banquete, é que todas as civilizações, inclusive a nossa [brasileira], se têm estruturado e mantido à base de uma extrema desigualdade econômica (CASTRO, 1959, p. 465. Grifos do autor).

Através das investigações de Josué de Castro, as autoridades despertaram para a necessidade de intervenção nas questões de nutrição e alimentação da população. Um dos resultados desses estudos foi a campanha a favor da implementação de um salário mínimo aprovado em 1938. Ao mesmo passo, a intervenção estatal criou diversas instituições como o Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) em 1940, tendo como seu principal representante Josué de Castro, com isso foi garantido aos trabalhadores o fornecimento de refeições equilibradas a preços acessíveis em restaurantes nos centros urbanos, o desjejum de seus filhos em idade escolar e a venda de produtos alimentícios a preço de custo (ACUNÃ, 2003).

Do SAPS surgiram vários programas de assistência alimentar em vigor atualmente: Restaurantes Populares, Merenda Escolar, entre outros. Em 1944 o Instituto Técnico de Alimentação (ITA) foi criado com o objetivo de criar conteúdo científico para auxiliar a

indústria alimentícia nacional, em 1945 veio a Comissão Nacional de Alimentação (CNA) criada com o intuito de promover ações de educação nutricional e realizar estudos sobre alimentação dos brasileiros (BARROS, 2003).

A partir da década de 50 uma nova maneira de realização das políticas de alimentação e nutrição se inicia – a implantação de programas de distribuição de alimentos a determinados segmentos da população brasileira. Uma das primeiras iniciativas foi o programa de merenda escolar, executado em meados de 1955, de caráter nacional (BARROS, 2003).

Outro marco importante para a história das políticas públicas de alimentação e nutrição, foi a criação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), em 1972, que tinha por objetivo elaborar políticas nacionais no campo da alimentação e nutrição, além disso, promover e fiscalizar programas buscando atender as necessidades de diversos segmentos da população (TADDEI, 2011).

Em 1976 foi criado o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (I PRONAN), como primeiro modelo de uma política social de caráter nacional, que envolvia eixos multidimensionais como: a suplementação de gestantes, nutrizes e crianças, alimentação do trabalhador, apoio ao pequeno produtor rural e combate as carências nutricionais específicas. Posteriormente, o II PRONAN em 1976 seguindo as diretrizes estabelecidas no II Plano Nacional do Desenvolvimento (II PND), que apontavam estratégias inovadoras ao tratar a desnutrição como uma doença social. A formulação do II PRONAN partiu dos seguintes pressupostos: Seleção da população alvo considerando-se a renda familiar (com máximo de dois salários mínimos); prioridade de atendimento às faixas etárias mais vulneráveis; preferência à alimentos tradicionais; estímulo à pequenos e médios produtores rurais e priorizando a atuação no Nordeste, onde encontra-se altas prevalências de problemas nutricionais (TADDEI, 2011)..

As diretrizes do II PRONAN levaram a estruturação e a implementação de outros programas, a exemplo do PAT (Programa de Alimentação do Trabalhador), criado em 1977, que foi implantado com objetivo de fornecimento de refeições aos trabalhadores por meio das empresas mediante incentivo fiscal do Ministério do Trabalho (TADDEI, 2011).

Em meados da década de 80 foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar - CONSEA, decorrente de uma política nacional com ênfase na autossuficiência de produção de alimentos. Atualmente sendo um espaço de discussão e articulação entre o governo e a sociedade civil (BRASIL, 2017).

Em 1999, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com responsabilidades de natureza intersetorial e com o compromisso de

redução dos males causados pela escassez de alimentos e a pobreza, assim como as altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade. A PNAN veio a afirmar a promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) como fundamento para suas ações. Entre as diretrizes da PNAN, destaca-se o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos, a garantia da segurança e qualidade dos alimentos, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis e a prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais (BRASIL, 2007).

Outra estratégia realizada foi a criação do Programa Bolsa Alimentação, em 2001, que tinha como proposta o repasse financeiro à famílias cadastradas, com o objetivo de compra de alimentos. Tal proposta significou um grande avanço, visto que flexibilizava a escolha dos tipos de alimentos e dava autonomia para as famílias. Todos esses acontecimentos ampliaram o conceito de segurança alimentar e foram de grande impacto no tocante a mudança do quadro da fome no país (VASCONCELOS, 2005).

Em janeiro de 2003, ano em que se iniciava um novo governo, as ações relacionadas a segurança alimentar são colocadas no centro de desenvolvimento, em que tinha como objetivo a garantia de quantidade, qualidade e regularidade da alimentação para toda a população brasileira, dessa forma sendo aprovado o Programa Fome Zero. As ações desse projeto foram divididas em três eixos, sendo eles: a) Políticas estruturais voltadas ao combate das causas da fome e da pobreza; b) Política emergencial voltada ao enfrentamento de situações de insegurança alimentar em fatias específicas da sociedade com insuficiência de renda; c) Políticas locais, administradas por estados e municípios, em conjunto com a sociedade civil organizada (ARRUDA, 2007).

Essas intervenções se relacionam com o desenvolvimento econômico, social, geração de renda, redução da fome e da pobreza, justiça, cidadania etc. Sendo assim, uma política de inserção social. Entretanto, essas ações vêm exigindo o desenvolvimento de acompanhamento e avaliação, que são necessários no que diz respeito a implementação e ao impacto dessas políticas (KEPPLE, 2011).

Diante dos desafios encontrados na condução do Programa Fome Zero, a alternativa foi unificar os quatro programas de transferência de renda: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás e Cartão-Alimentação, sendo essa unificação chamada de Programa Bolsa Família, com o objetivo de aumentar a eficácia e o impacto social. O novo programa manteve as condicionalidades dos programas anteriores (TADDEI, 2011).

Os compromissos assumidos pelo governo, desde 2003, tiveram como objetivo o combater à fome e à miséria do país, com políticas e programas atuando de maneira

intersetorial e com a participação da sociedade civil. Diante disso, em 2004 foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) para promover ações de combate a fome, promoção de cidadania, estratégias de garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e assistência integral das famílias (MACEDO, 2009).

Ainda em 2004 aconteceu a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, com o objetivo de ampliar o debate sobre nutrição e alimentação, culminando na criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006.

De acordo com o documento da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (Lei no 11.346, de 15 de julho de 2006), Segurança Alimentar e Nutricional é definida como *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*. O conceito de SAN é destacado por defini-la em termos de qualidade e quantidade de alimentos adequados para toda a população, de todas as classes sociais (BRASIL, 2006).

A lei trouxe consigo uma ampla discussão sobre Segurança Alimentar e Nutricional e a construção do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, este tem por objetivo criar e implementar políticas de Segurança Alimentar e Nutricional tanto no domínio rural como no urbano, integrando ações do governo e sociedade civil agregando órgãos e entidades públicas ou privadas (BRASIL, 2006).

Enquanto diretrizes do SISAN, apresenta-se:

- I – promoção da intersetorialidade das políticas, programas e ações governamentais e não governamentais;
- II – descentralização das ações e articulação, em regime de colaboração, entre as esferas de governo;
- III – monitoramento da situação alimentar e nutricional, visando a subsidiar o ciclo de gestão das políticas para a área nas diferentes esferas de governo;
- IV – conjugação de medidas diretas e imediatas de garantia de acesso à alimentação adequada, com ações que ampliem a capacidade de subsistência autônoma da população;
- V – articulação entre orçamento e gestão;
- VI – estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e à capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2006).

Com os avanços nas políticas de alimentação e nutrição no cenário nacional e a criação do SISAN, inúmeras conquistas podem ser levantadas nos últimos anos relativas à erradicação da fome e à redução da extrema pobreza, que teve como fato político alcançado a

saída do Brasil do Mapa da Fome das Nações Unidas, segundo relatório publicado em 2014. Ainda assim, existem muitos desafios que devem ser enfrentados no campo da SAN no Brasil, entre eles, a importância de se ampliar e fortalecer sistemas de produção de alimentos de bases mais sustentáveis, o crescente aumento do sobrepeso/ obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis, a promoção da oferta a alimentos saudáveis para toda a população, e a insegurança alimentar e nutricional de populações tradicionais e específicas (BRASIL, 2017).

Nessa direção, o II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019 é o mais recente documento orientador para implementação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). O Plano é constituído pelo conjunto de ações do governo federal, que deve ser capilarizado para os estados e municípios, que buscam garantir a segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada à população brasileira (BRASIL, 2017).

### 3.2 INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: MÉTODOS DE AVALIAÇÃO E INDICADORES.

Pode-se medir a SAN medindo a Insegurança Alimentar e Nutricional (INSAN), para a qual existem diversos métodos. Alguns métodos abordam a disponibilidade de alimentos, ao passo que outros se acercam do problema pela via do acesso ou da estabilidade das famílias no acesso aos alimentos. (PESSANHA, 2008).

Segundo Pérez-Escamilla e Segall-Corrêa (2008), são cinco os métodos comumente utilizados em inquéritos nacionais para avaliação da INSAN: método da Food and Agriculture Organization (FAO), Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), Avaliação do Consumo Dietético Individual, Antropométrico e Medidas de Insegurança Alimentar e Nutricional baseado na experiência de escalas, com exemplo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

De acordo com a base de dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2013) a Segurança Alimentar e Nutricional se divide em 6 dimensões: produção de alimentos, disponibilidade de alimentos, renda/acesso e gastos com alimentos, acesso a alimentação adequada, saúde e acesso a serviços de saúde e educação.

Para mensurar a Segurança Alimentar e Nutricional, desenvolveu-se e validou-se a EBIA, a partir da experiência da Universidade de Cornell (SEGALL-CORRÊA, 2007).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é o indicador que mensura a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos. Trata-se de um modelo de questionário ajustado para diversas situações, testadas no território nacional Adaptada e

Validada pela UNICAMP a partir de uma metodologia de avaliação de severidade de segurança alimentar pelo Departamento de Agricultura dos EUA (USDA). A EBIA tem sido validada para acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras em relação aos resultados de compra/acesso aos alimentos básicos da família (OLIVEIRA et al., 2009).

O instrumento é constituído por uma escala psicométrica de 14 questões, que avalia diretamente a situação de insegurança alimentar e nutricional vivenciada por um domicílio nos últimos três meses (OLIVEIRA et al., 2009), em que atribui-se pontos à respostas de “Sim” e “Não”, sendo da pontuação total atribuída uma classificação.

A pontuação é maior quando o domicílio tem pelo menos um morador menor de 18 anos de idade. As classificações da EBIA se dão da seguinte maneira: Segurança Alimentar (SA): Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, e sem o risco iminente de sofrer restrição no futuro próximo (zero de respostas positivas); Insegurança Alimentar Leve (INSAN Leve): Preocupação ou incerteza quanto a disponibilidade de alimentos no futuro em quantidade e qualidade adequadas (de uma a cinco perguntas positivas); Insegurança Alimentar Moderada (INSAN Moderada): Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos (de seis a nove respostas positivas); Insegurança Alimentar Grave (INSAN Grave): Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre adultos e/ou crianças; e/ou privação de alimentos - de dez a quatorze respostas positivas (IBGE, 2014).

Quando se discute SAN, o que se espera é que haja condições nutricionais e de vida adequadas, acesso a alimentos em quantidade e qualidade, fonte de renda e produção suficiente de alimentos, sem comprometer a satisfação de outras necessidades essenciais.

### 3.3 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E GÊNERO

A Segurança Alimentar e Nutricional não é uma condição vivida igualmente entre as pessoas, existem algumas peculiaridades: ser pobre ou rico, homem ou mulher, branco ou negro, morador da cidade ou do campo. A pobreza é um ponto forte sobre a insegurança alimentar, porque há maiores chances de que as pessoas, sendo pobres, tenham menos acesso aos alimentos do que aqueles de renda mais alta. Mas a discriminação social (por questões de gênero, raça, etnia, classe) também aumenta a vulnerabilidade das pessoas à insegurança alimentar e nutricional. Situações de opressão podem impedir ou dificultar que as pessoas exerçam livremente o seu direito de se alimentar (SILIPRANDI, 2012).



A maioria das mulheres se equilibra em trabalhos precários para sobreviver, não tem acesso à alimentação de qualidade para si e para sua família, e vive sobrecarregada com as tarefas do cotidiano. Estamos falando do trabalho de preparo da alimentação, de manutenção da casa, de educação dos filhos, de cuidado com idosos e enfermos, além dos demais membros adultos da família. É um trabalho distribuído desigualmente entre os gêneros, que recai, em sua maior parte, sobre as mulheres. Embora possa ser complementado pela contratação de trabalho assalariado, por estruturas públicas e privadas de prestação de serviços, a sua responsabilidade final sempre é das mulheres (SILIPRANDI, 2012).

Toda essa imensa contribuição que as mulheres prestam à sociedade não é remunerada, não é valorizada e nem reconhecida. Vivemos ainda em uma sociedade patriarcal e machista, que impõe que esse trabalho seja prestado pelas mulheres de forma gratuita, como uma doação compulsória, pelo simples fato de se ter nascido mulher. O trabalho gratuito das mulheres para com o cuidado das pessoas é o que garante a eficiência do mercado capitalista, que só contabiliza como bens econômicos o que é transacionado monetariamente, ou seja, só há o reconhecimento do que pode ser contabilizado, mercantilizado (SILIPRANDI, 2009).

Desta forma, quando observamos a sociedade e seu tecido social, as formas de organização do trabalho e as relações sociais em diversas culturas, consideramos que estas relações sociais se diferenciam de acordo com a divisão social e sexual do trabalho, em relação à lógica do patriarcado, que se mantém como um invariável cultural (JALIL, 2013).

O Brasil é um país marcado por desigualdades: sociais, econômicas, regionais, etárias, educacionais. Transversalmente a estas, permeando e potencializando os seus mecanismos de exclusão, está a desigualdade de gênero. O legado cultural patriarcal é, ainda, de tal forma profunda que, persistentemente, homens e mulheres, continuam a ser tratados desigualmente. Um e outro grupo têm oportunidades desiguais e acesso assimétrico aos serviços públicos, aos postos de trabalho, às instâncias de poder e decisão e às riquezas de nosso país (PINHEIRO, 2008).

As mulheres constituem mais de 50% da população do planeta. O mesmo dado se repete no Brasil. Lembrando que progressivamente elas vêm assumindo o sustento das famílias. Sua contribuição para a Segurança Alimentar e Nutricional é imprescindível. Desde sua condição biológica, pela capacidade de amamentar, passando pelo provimento e manejo alimentar nos domicílios, pela administração dos curtos orçamentos domésticos, até a produção de alimentos (SILIPRANDI, 2012).

Tanto na cidade, como no campo, as mulheres têm atuação estratégica para garantir a Segurança Alimentar e Nutricional porque são produtoras de alimentos, mas o contexto em

que elas estão inseridas é de muita desigualdade porque ainda predominam as triplas jornadas de trabalho e as diversas formas de violência. As mulheres, em geral, são responsáveis pela aquisição e preparação dos alimentos para a família. No meio rural, há uma tensão muito forte entre o protagonismo da mulher e a manutenção da unidade produtiva, na medida em que a agricultura familiar se estrutura no tripé família-produção-trabalho (JALIL, 2013).

Pensando nesta esfera é também parte de suas responsabilidades a produção direta dos alimentos, por meio das hortas, pequenos animais, transformação de produtos como queijos, doces, pães. A invisibilidade dessas responsabilidades e das tarefas relacionadas com o cuidado reforça o não reconhecimento das mulheres como agentes econômicos que ocupam um lugar específico dentro do capitalismo, como se fosse possível se prescindir desse trabalho, fundamental para a manutenção e reprodução dos trabalhadores e de toda a sociedade (SILIPRANDI, 2012).

Nesse sentido, para além da contribuição das mulheres na garantia de Segurança Alimentar e Nutricional das famílias, uma série de mobilizações nessa última década demonstrou um redirecionamento no posicionamento político das mulheres assumindo pautas como a da questão alimentar. Também, passam a organizar-se nos movimentos sociais como a Via Campesina e o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra, refletindo uma disputa por soberania alimentar e desenvolvimento rural e o reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos específicos, dentro do campo de lutas por direitos que vinham sendo reivindicados pelos movimentos sociais do campo (JALIL, 2013).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2013, mostra dados que corroboram com essa discussão das desigualdades e tem por objetivo disponibilizar informações sobre a situação de mulheres, homens, negros e brancos em nosso país (PINHEIRO, 2008). No Brasil, em 2013, a PNAD mostrou que a prevalência de insegurança moderada ou grave era maior nos domicílios cuja pessoa de referência eram mulheres, em domicílios particulares era de 9,3%, enquanto que para domicílios onde a pessoa de referência era um homem os percentuais foram 6,9% (BRASIL, 2014).

Regionalmente no Nordeste foi onde se verificou as maiores prevalências de INSAN moderada, 9,6% nos domicílios com pessoa de referência mulher e 8,4% naqueles onde a pessoa de referência era homem. Ainda na região Nordeste, em domicílios cuja pessoa de referência eram mulheres e que possuíam renda per capita referente à  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, a prevalência de INSAN grave era de 16,4% enquanto que nos domicílios onde pessoa de referência era homem a prevalência foi de 12,4% (BRASIL, 2014).

Muito se têm falado sobre as mudanças nos hábitos alimentares das famílias devido à inserção das mulheres no mercado de trabalho. Destacam-se, em particular, o aumento do uso de alimentos industrializados e de refeições prontas, resultante na diminuição da qualidade nutricional da dieta, pelo aumento do consumo de produtos açucarados, sal, gorduras saturadas, carboidratos simples. Esse tipo de alimentação, somado à falta de exercícios físicos predispõe ao aumento da incidência de sobrepeso, de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, dislipidemias, hipertensão, cânceres, artrites, cardiopatias e tantas outras doenças causadas por práticas alimentares inadequadas e relacionadas com o estilo de vida moderno (MIRANDA E SILIPRANDI 2012). Esse quadro alarmante nos remete a reflexão crítica de que a sociedade patriarcal não está preparada para a demanda importante da participação das mulheres no mercado de trabalho, conquistado com muita luta e resistência.

Certamente são considerações importantes do ponto de vista da saúde pública, em que é preciso analisar o conjunto de fatores que levaram a essa situação. As soluções não passam por uma volta ao passado, em que a única opção de vida para as mulheres era permanecer nos lares fazendo comida e cuidando dos demais (MIRANDA E SILIPRANDI 2012).

A promoção da Segurança Alimentar e Nutricional requer indispensavelmente igualdade econômica, social e cultural entre mulheres e homens para que em conjunto, possam construir uma sociedade mais justa (MIRANDA E SILIPRANDI 2012).

### 3.4 QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO E AVALIAÇÃO

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (PEREIRA, 2012).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, 2000).

A OMS definiu qualidade de vida como: *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (The WHOQOL Group, 1995). Tal definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social

e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do respondente/paciente que está sendo avaliada (FLECK, 2000).

Em síntese, segundo Minayo (2000) a noção de qualidade de vida está relacionada a modo, condições e estilo de vida, além disso, se relaciona ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos. No que compete à saúde, estas noções se unem em uma resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada o que sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Em vias de avaliação a constatação da falta de um instrumento que determinasse a qualidade de vida com um enfoque transcultural, levou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver uma ferramenta com estas características. Inicialmente foi desenvolvido o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), instrumento composto por cem questões referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. A necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada o WHOQOL-BREF (CASTRO; HOKERBERG; PASSOS, 2013).

O instrumento WHOQOL-bref foi traduzido e validado para o português. A versão abreviada passou por teste de campo. Após aplicação, o instrumento apresentou características satisfatórias de consistência, validade de critério e fidedignidade em testes estatísticos. Assim, a versão abreviada mostrou-se útil para aplicabilidade em estudos de diferentes naturezas para a população brasileira (FLECK, 2000).

Tal instrumento reúne informações em quatro âmbitos ou domínios:

- Domínio físico – dor, desconforto, energia, fadiga, sono, repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade e capacidade de trabalho;
- Domínio psicológico – sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais;
- Relações sociais – relações pessoais, suporte/apoio social, atividade sexual;
- Domínio do ambiente – segurança física, proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais/disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas

informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (quanto à poluição, ruído, trânsito, clima) e transporte (GOMES, 2014).

Ao todo, o WHOQOL-BREF inclui 26 questões. As respostas a essas questões geram pontuações que variam de 1 a 5 conforme o grau de satisfação, indo de “nada satisfeito” a “muito satisfeito”. A versão brasileira do WHOQOL-bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil, foi a utilizada nesse estudo. Fatores relacionados a falta de equidade nas questões de gênero, distribuição desigual de renda e baixa instrução são referidos em censos populacionais já realizados em nosso país. Esta é uma questão que diz respeito à qualidade de vida, pois a soma dos tempos dedicados pelas mulheres ao trabalho remunerado e ao trabalho não remunerado implica em precarização da vida, diminuição das oportunidades de interação social e de fruição de bens de educação e de cultura, e falta de descanso e de lazer – com implicações diretas sobre a saúde (GOMES, 2014).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DESENHO DE ESTUDO

Esta proposta trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, que consiste em um método onde se é observado e registrado o objeto de estudo, mas não possui intervenção do pesquisador. Utilizou-se o modelo transversal de investigação, este é o modelo onde o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico, com uma abordagem e análise de dados quantitativos (BORDALO, 2006; SILVA, 2004). De acordo com Pereira (1995), os estudos transversais são recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo.

### 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Este estudo foi desenvolvido com 274 famílias, onde o questionário foi respondido por mulheres, residentes na zona rural e urbana do município de Cuité, no estado da Paraíba. Cuité está localizada a 235 km da capital João Pessoa-Paraíba, com área territorial de 741,840 km<sup>2</sup>, na microrregião do Curimataú paraibano, com população estimada em 20.325 habitantes, com um total de endereços urbanos de 5.998 endereços e 3.220 endereços rurais (IBGE, 2012).

O município comporta um dos Campos de Expansão da UFCG – o Centro de Educação e Saúde (CES)– desde 2007, que contribui não só para o incentivo ao ensino superior, como também o desenvolvimento da economia local. Dessa forma, em 2012, Cuité possuiu um Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes de 5.618,48 reais. Em relação aos indicadores sociais, o rendimento per capita mensal da população urbana é de 270 reais, e em torno de 36% da população é analfabeta (IBGE, 2012).

### 4.4 COLETA DE DADOS

A amostra de domicílios utilizada neste estudo é oriunda de uma pesquisa realizada no ano de 2011 com 358 domicílios do município de Cuité, teve como título “Segurança Alimentar e Nutricional em um município de pequeno porte” - SANCUITÉ. Em continuidade

a este estudo, no ano de 2014, desenvolveu-se o projeto “Segurança Alimentar e Nutricional: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população - SANCUITÉ 2”, no qual retornou-se aos domicílios investigados em 2011 para nova coleta de dados. O plano amostral e a metodologia completa adotada na pesquisa SANCUITÉ 2 encontra-se disponível no relatório da pesquisa (PALMEIRA, 2015). Para este estudo foram utilizados dados obtidos na pesquisa realizada no ano de 2014, referentes aos domicílios em que o entrevistado fosse do sexo feminino, totalizando 274 questionários respondidos por mulheres. Em cada domicílio pesquisado, as entrevistas foram realizadas com um membro adulto da família.

A pesquisa de campo foi realizada no ano de 2014 entre os meses de maio e agosto. Todos os pesquisadores eram discentes do curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), selecionados a partir de um projeto de pesquisa ou membro do Núcleo de Pesquisa e Extensão de Nutrição e Saúde Coletiva (PENSO). Estes foram previamente treinados, com objetivo de torná-los aptos para aplicação do questionário e aferição de medidas. Para coleta de dados, a estratégia foi dividir os 358 questionários entre os pesquisadores de forma igualitária de acordo com os bairros na zona urbana. Na região rural, a equipe foi dividida em grupos para cada localidade que foi visitada.

#### 4.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados, utilizou-se um questionário que continha doze módulos e buscava coletar informações referente as condições sociais, demográficas, econômica, políticas, ambientais e nutricionais da família. Para fins de análises deste estudo, utilizou-se questões mais específicas do questionário, quanto ao perfil socioeconômico e demográfico referentes ao domicílio e seus moradores, o módulo referente as mulheres. Como também, a EBIA e o WHOQOL-bref (APÊNDICE A). A EBIA é utilizada como um instrumento de diagnóstico da insegurança alimentar e nutricional, sendo constituída por 15 perguntas objetivas referente à experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar, com respostas “sim” ou “não”. E classifica o domicílio em quatro diferentes níveis de intensidade. É um instrumento de coleta validado para a população Brasileira ressaltando contextos sociais e culturais diferentes (CORRÊA et al., 2004).

Para avaliar a qualidade de vida, foi utilizado o instrumento proposto pela OMS para adultos, o WHOQOL-bref. Este instrumento é uma versão reduzida do WHOQOL-100 e é

composto de 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 distribuídas em quatro domínios. Tal instrumento reúne informações em quatro dimensões ou domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. A versão brasileira do WHOQOL-bref, utilizada neste estudo, foi traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil (FLECK et al., 2000).

#### 4.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após as entrevistas de campo, os questionários foram arquivados na UFCG e os dados transpostos para uma plataforma digital utilizando-se os recursos do programa Microsoft Access. A digitação em dupla entrada foi realizada por alunos de graduação em nutrição. Para validação da digitação, foi utilizado o programa Epi Info, versão 6.02. Após a digitação, o banco de dados foi transferido para o Programa Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows versão 20.0 para a análise estatística descritiva e bivariada dos dados. Para a análise de dados do presente estudo, foram utilizados 274 casos, pois três casos não obtiveram resposta referente ao questionário para análise da qualidade de vida. Contudo, para os procedimentos estatísticos não há variação significativamente dos resultados para mais ou para menos. As variáveis socioeconômicas e demográficas analisadas foram: área de moradia, situação de moradia, tipo de moradia e a situação de segurança alimentar e nutricional.

Para melhor apresentação e análise dos dados, algumas variáveis foram categorizadas. Para o cálculo com relação a renda familiar, somou-se a renda de todos os moradores do domicílio, inclusive o valor recebido pelos titulares do Programa Bolsa Família, e o valor total foi dividido pelo número de moradores do domicílio para gerar a renda mensal per capita da família. Assim, a variável foi categorizada de acordo com o salário mínimo estabelecido no ano da coleta de dados, referente a R\$724,00 .

Para a análise das características dos indivíduos entrevistados, foram explorados dados referente a idade, onde considerou-se Jovens aquelas com faixa etária até 19 anos; Adultos, dos 20 anos até 59 anos e os Idosos com 60 anos em diante. Para a categoria da escolaridade, julgou-se em Baixa escolaridade os indivíduos com ensino fundamental incompleto ou completo; Média escolaridade aqueles que estudaram o ensino médio incompleto ou completo; e Alta escolaridade os indivíduos com curso técnico/profissionalizante ou curso superior.



Quanto à ocupação do indivíduo, classificou-se como: Sem ocupação; Tem trabalho; Dona de casa ou outro tipo de ocupação, que incluiu desempregado/procura trabalho, aposentado, pensionista e estudante. A análise deste estudo tem como variável dependente a Qualidade de vida. Em relação aos procedimentos para análise dos resultados do questionário WHOQOL-bref para Qualidade de Vida, iniciou-se analisando, separadamente cada domínio (Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente).

Cada domínio do WHOQOL-bref avalia aspectos específicos da vida do indivíduo: Domínio Físico – 7 Questões; dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. Psicológico – 6 Questões; sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade/religião/crenças pessoais. Relações sociais – 3 Questões; relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Meio ambiente – 8 Questões; segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte.

As respostas para as questões do WHOQOL-bref foram dadas em uma escala do tipo Likert, na qual o entrevistado informava o seu grau de satisfação ou insatisfação. A cada resposta do questionário foi atribuído um número, que reflete o grau de satisfação ou não para cada pergunta. Em cada um destes domínios, as questões receberam uma pontuação que vai de 1 a 5, conforme as respostas tenham sido: muito ruim (1), ruim (2), nem ruim, nem boa (3), boa (4) e muito boa (5). Assim, a avaliação do questionário se faz pela soma das respostas de cada pergunta que compõem o domínio. Conforme recomendação da OMS para procedimentos de aplicação deste mesmo instrumento, os participantes foram orientados a responder o questionário tomando como referência suas duas últimas semanas.

A análise da QV para a população foi realizada por meio de escores médios para cada domínio e, além disso, classificou-se a população em Baixa ou Boa qualidade de vida. Para tanto, inicialmente, foi calculado um Escore Bruto (EB) mediante a soma das pontuações de cada questão pertencente a cada domínio. E, posteriormente foi gerado um Escore Transformado 4-20, cujos valores variam de 4 a 20. Em sequência, calculou-se outro Escore Transformado 0-100 (ET 0-100), onde os valores variam de 0 a 100. Posteriormente, gerou-se uma média a partir do ET 0-100 para análise global da qualidade de vida referente a cada domínio. Considera-se que quanto mais o valor se aproxima de 100, melhor é qualidade de vida do indivíduo para cada domínio separadamente, análise utilizada por Gomes (2014) e

Saupe et al., (2004). Face à possibilidades de análise da qualidade de vida, optou-se categorizar da seguinte maneira: a população estudada foi dividida em dois tercís, o tercil 33 e 67. O valor do ET 0- 100 para o tercil 67, referente a cada domínio, foi estabelecido como ponto de corte para categorização em Baixa ou Boa qualidade de vida. Assim, para o presente estudo, com o objetivo de melhorar a interpretação dos dados, valores abaixo ou iguais ao ponto de corte (tercil 67) referente a cada domínio, caracteriza-se em Baixa qualidade de vida e valores acima, como Boa qualidade de vida.

Para obtenção dos dados relacionados a questão alimentar, utilizou-se a EBIA, esta é composta por quinze perguntas e classifica o domicílio de acordo com a existência de SAN ou INSAN e seus diferentes níveis de gravidade: leve, moderada ou grave. Para análise dos dados, a INSAN Moderada e Grave foi agrupada em apenas uma.

Assim, a variável independente analisada foi SAN, INSAN Leve e INSAN Moderada/Grave. Cada pergunta do questionário é respondida “sim” ou “não” e para cada resposta positiva é atribuído um ponto. A pontuação alcançada no conjunto gera um escore e sua classificação pode variar de acordo com os níveis de Segurança Alimentar e Nutricional presente no domicílio nos últimos três meses.

Para a análise de associação das questões alimentares e qualidade de vida, realizou-se o teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ) entre a variável dependente dicotômica (Boa e Baixa qualidade de vida) e a variável independente, categorizada como SAN, INSAN leve e INSAN moderada/grave.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização desta pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da UFCG CAAEN: 30929314.60000.5182.

As mulheres entrevistadas foram convidadas pelos entrevistadores a participar da pesquisa, após a explicação dos objetivos da pesquisa, e em caso de aceite, o responsável assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), atendendo a todos os aspectos éticos e legais, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas das mulheres que participaram da pesquisa são apresentadas na tabela 1. A aplicação da EBIA revela que, das 274 mulheres entrevistadas no município de Cuité, a maioria (60,6%) se encontram em situação de SAN. No que diz respeito a INSAN a prevalência encontrada foi de 39,5%, atingindo a INSAN Leve 21,9% das mulheres pesquisadas, que conviveram com a preocupação de não ter acesso regular aos alimentos. No que se refere a INSAN moderada, tal aspecto atinge 16,1% das mulheres entrevistadas. São características da INSAN moderada o comprometimento da qualidade da alimentação da família para garantir a quantidade diária. Um total de 1,5% das entrevistadas revelou a experiência de algum membro da família com a fome, ou seja, passou nos últimos três meses um dia inteiro sem se alimentar ou fez apenas uma refeição, o que caracteriza INSAN Grave.

**Tabela 1.** Aspectos das mulheres investigadas quanto as condições socioeconômicas e demográficas do município de Cuité, Paraíba, 2014 (n=274).

Variáveis	No	%
<b>Situação de Segurança Alimentar e Nutricional</b>		
Segurança alimentar	166	60,6
Insegurança alimentar leve	60	21,9
Insegurança alimentar moderada	44	16,1
Insegurança alimentar grave	4	1,5
<b>Área de Moradia</b>		
Urbana	191	69,7
Rural	83	30,3
<b>Tipo de Moradia</b>		
Alvenaria acabada	259	94,5
Outro tipo <sup>1</sup>	15	5,5
<b>Situação de Moradia</b>		
Casa própria (Quitada)	172	62,8
Casa própria (Pagando)	25	9,1
Aluguel	17	6,2
Casa cedida/emprestada	60	21,9

<sup>1</sup>Classificou-se o tipo de moradia na variável “outro tipo” com alvenaria inacabada, taipa revestida, madeira e outra. **Fonte:** Dados coletados em Cuité, Brasil, de maio a agosto de 2014.

A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), realizada em todo o território nacional no ano de 2013 revelou que nos domicílios em que a pessoa de referência era a mulher a prevalência de SAN foi de 74,1%, enquanto que a prevalência de INSAN leve foi de 17,3%, de INSAN moderada de 5,1% e 3,5% dos domicílios foram classificados com INSAN grave (BRASIL, 2014).

Ainda de acordo com os dados da PNAD as regiões Norte e Nordeste tiveram maiores prevalências de INSAN, com 36,1% e 38,1% respectivamente, em relação as outras regiões do país. Quando analisados os números de INSAN na região Nordeste, ainda relacionada a mulher como pessoa de referência no domicílio, esse percentual sobe consideravelmente passando a ser de 41,1% na região Norte (INSAN Leve; Moderada/Grave) e 41,6% na região Nordeste (BRASIL, 2014).

Assim, o dado referente a este município mostra que a INSAN das mulheres residentes em Cuité, ainda que seja um percentual menor, se aproxima aos dados nacionais e principalmente aos dados do estado da Paraíba que traz o mesmo valor percentual de 39,5% (BRASIL, 2014).

Em estudo realizado por Pinto (2012), de cunho transversal, foi possível diagnosticar maiores níveis de insegurança alimentar nos domicílios chefiados por mulheres em detrimento aos domicílios chefiados por homens em famílias residentes no estado de Pernambuco. Estes dados denotam a vulnerabilidade do gênero feminino, sendo consequente da não superação completa de características na formação histórica e cultural brasileira de opressão e exploração, devido a diferenças de cor, sexo, classe econômica e outras, reforçando a medida da insegurança alimentar como um indicador sensível de iniquidade.

Uma população em SAN caracteriza indivíduos seguros quanto ao seu direito de acesso a uma alimentação adequada qualitativamente e quantitativamente suficiente, o que está relacionada com o bem-estar físico (estado nutricional), mental (certeza da alimentação garantida) e social das pessoas.

Quando comparado a nível nacional e regional, este estudo revela que uma parcela das mulheres participantes não está tendo o seu DHAA cumprido, o que está diretamente relacionada à dignidade inerente à pessoa humana e indispensável para a realização de outros direitos humanos.

Neste contexto, a tabela 1 apresenta ainda as variáveis socioeconômicas, ambientais e relativas à estrutura do domicílio de moradia da população estudada. Observa-se que há uma maior prevalência de indivíduos que residem na zona urbana, 69,7%. Com relação a estrutura do domicílio, 94,5% das entrevistadas residem em domicílios de alvenaria acabada.

No que se refere à situação de moradia, prevalece uma população, que em sua maioria, 62,8% apresenta casa própria quitada, ou seja, não há um comprometimento direto da renda para fins de pagamento de imóveis ou alugueis. Neste sentido, a renda pode ser destinada a compra de alimentos e manutenção das necessidades básicas dos domicílios.

No contexto das informações socioeconômicas sobre as mulheres participantes deste estudo, a tabela 2 mostra que as entrevistadas apresentam baixa escolaridade, ou seja, 56,3% cursaram apenas o ensino fundamental completo ou incompleto e 15,8% nunca estudaram, o que reforça a situação de vulnerabilidade social. Verificou-se maior prevalência de mulheres adultas, 73,4%. Referente à ocupação, 41,6% relataram ter ocupação trabalhista e 21,2% delas são donas de casa.

**Tabela 2.** Características relacionadas as mulheres entrevistadas no município de Cuité-PB 2014, (n=274).

Variável	No	%
<b>*Escolaridade<sup>2</sup></b>		
Sem escolaridade	34	12,7
Baixa escolaridade	151	56,3
Média escolaridade	63	23,5
Alta escolaridade	20	7,4
<b>Idade<sup>3</sup></b>		
Jovem	3	1,1
Adulta	201	73,4
Idosa	70	25,5
<b>Ocupação</b>		
Sem ocupação	1	0,4
Tem trabalho	114	41,6
Dona de casa	58	21,2
Outro <sup>4</sup>	101	36,8
<b>*Renda per capita com bolsa família<sup>5</sup></b>		
Até ½ salário mínimo	139	50,7
De ½ até 1 salário mínimo	92	33,6
De 1 a 1 ½ salário mínimo	18	6,6
Acima de 1 ½ salário mínimo	25	9,1

<sup>2</sup>Caracterizou-se a escolaridade em: baixa escolaridade, onde incluem o ensino fundamental incompleto ou completo; média escolaridade, ensino médio incompleto ou completo; alta escolaridade, curso técnico/profissionalizante ou curso superior. <sup>3</sup> Para categorização desta variável, utilizou-se para jovem a faixa etária entre 0 e 19 anos de idade, adulto entre 20 e 59 e para idoso, a partir de 60 anos; <sup>4</sup>Para a categoria outro tipo, incluem a ocupação aqueles que são desempregado/procura trabalho, aposentado, pensionista e estudante. <sup>5</sup>Categorizou-se a renda em: até ½ salário mínimo, onde incluem os valores de 0,00 até 362,00 reais; de ½ até 1 salário mínimo, de 362,5 até 724,00 reais; de 1 a 1 ½ salário mínimo, 724,5 até 1086,00 reais; acima de 1 ½ salário mínimo, 1086,5 até o maior valor encontrado. \* seis dados não coletados. \* Renda calculada com base no salário mínimo referente ao ano em que a pesquisa foi realizada. **Fonte:** Dados coletados em Cuité, Brasil, de maio a agosto de 2014.

A distribuição dos domicílios por classes de rendimento domiciliar per capita mostra que há uma concentração nas classes mais baixas, 50,7% dos domicílios nestas condições estavam na classe de rendimento mensal domiciliar per capita igual ou abaixo de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo, sendo 33,6% na classe de mais de  $\frac{1}{2}$  até 1 salário mínimo. Embora o indivíduo possua trabalho (41,6%), pode não possuir uma renda considerável para suprimento de algumas necessidades básicas. Algumas situações, como a baixa escolaridade presente nesta população podem ser responsáveis pela baixa qualificação e conseqüentemente baixa remuneração. Assim, ter trabalho não garante que a renda irá abastecer suficientemente a família ou indivíduo de alimentos, já que existe também o gasto com outras necessidades básicas.

Na população investigada estabelece a conjuntura 'baixa escolaridade e baixa renda' como o quadro mais vulnerável, que em um contexto, no qual estes indivíduos vivem com menor acesso aos serviços, oportunidades e determinantes estruturais de mudanças positivas, fomentam um ciclo vicioso de pobreza e fome. A pobreza e a baixa renda de grande parcela da população, em um país capitalista como o Brasil, é sinal do comprometimento no acesso aos alimentos, que compreende as condições de adquirir alimentos em quantidade suficiente e com qualidade, estando relacionado à dificuldade de acesso à Segurança Alimentar e Nutricional.

Os dados das pesquisas do PNAD permitem observar a associação da renda com a segurança alimentar. Em 2013, havia menor segurança alimentar nos domicílios com renda per capita mensal de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo em relação àqueles com renda per capita mensal acima de dois salários mínimos, com aumento da proporção de INSAN grave nos domicílios com renda per capita mensal de até  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo. No que se refere a prevalência de insegurança alimentar em domicílios particulares, por tipo de classes de rendimento domiciliar per capita, segundo as regiões e o sexo da pessoa de referência, os dados mostram que na região Nordeste, nos domicílios em que a mulher é a pessoa de referência, o nível de insegurança alimentar grave é maior quando a renda é de  $\frac{1}{4}$  a  $\frac{1}{2}$  do salário mínimo, em detrimento a valores mais altos de rendimento familiar (BRASIL, 2014).

A QV de uma população pode estar associada às suas condições de existência, do seu acesso a bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso à bens e à saúde, habitação, entre outros.

A análise da qualidade de vida por meio do questionário "WHOQOL-bref" é realizada com base em quatro domínios de análise, apresentados na tabela 3. Calcularam-se os escores médios de cada domínio, onde os valores variam de 0 a 100. Assim, a tabela 3 apresenta as

médias para cada domínio, o ponto de corte que se refere ao tercil 67 além da prevalência da população classificada em Baixa ou Boa qualidade de vida.

**Tabela 3.** Caracterização das mulheres investigadas quanto à qualidade de vida de acordo com escore médio, boa e baixa qualidade de vida, Cuité- PB, 2014, (n=274).

Qualidade de vida	Escore médio <sup>6</sup>	Ponto de corte (tercil 67) <sup>7</sup>	Boa qualidade de vida (%) <sup>8</sup>	Baixa qualidade de vida (%) <sup>9</sup>
Domínio Físico	54,41	57,14	32,1	67,9
Domínio Psicológico	55,94	62,50	38	62
Domínio Relações Sociais	71,27	75	62,8	37,2
Domínio Meio Ambiente	56,82	62,50	28,1	71,9

<sup>6</sup>Escore médio gerado a partir do percentual da amostra que varia de 0 a 100. <sup>7</sup>Ponto de corte gerado a partir do tercil 67. <sup>8</sup>Boa qualidade de vida, valor acima do tercil 67. <sup>9</sup>Baixa qualidade de vida, classifica-se de acordo com o valor igual ou inferior ao tercil 67 para casa domínio. Fonte: Dados coletados em Cuité, Brasil, de maio a agosto de 2014.

Quanto aos escores de cada domínio, verifica-se que o domínio das relações sociais foi o que obteve melhor média dentre os demais domínios (71,27), e o domínio físico com a menor média (54,41). Ou seja, essa população apresenta maior proximidade de Boa Qualidade de Vida na dimensão das relações humanas. Este resultado assemelha-se ao estudo realizado com mulheres que associa a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida, que obteve maior média dos escores (69,84) para o domínio de relações sociais (LUCENA, 2015). Desta maneira, o percentil médio de 54 representa que a média desta população é relativamente baixa em termos de qualidade de vida para o aspecto Físico, Psicológico e Meio Ambiente, respectivamente, pois a média poderia alcançar até 100.

A prevalência para Boa Qualidade de Vida também revelou o maior valor para o domínio de relações sociais, onde 62,8% dos indivíduos apresentam um maior grau de qualidade de vida para relações pessoais, apoio social e atividade sexual. Os dados da dimensão psicológica expressam a Baixa Qualidade da Vida para 62% da amostra, ou seja, a insatisfação para aos fatores relacionados à autoestima, como: percepção da imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, concentração e crenças pessoais. Estes fatores relativos ao psicológico podem causar um impacto no consumo adequado em quantidade e qualidade dos alimentos e causar consequências no estado nutricional do indivíduo. Gomes (2014) revela, em estudo epidemiológico transversal com 592 indivíduos acima de 12 anos, que apenas a variável gênero foi associada com a insatisfação na Qualidade de Vida para o aspecto

psicológico, ou seja, indivíduos do gênero feminino apresentaram maior grau de insatisfações no aspecto psicológico em relação àqueles do gênero masculino. Gomes ainda destaca que, nas questões relacionadas à própria saúde e qualidade de vida, foi o grupo que mais apresentou insatisfações na qualidade de vida em todos os domínios.

Ainda com relação a tabela 3, o domínio meio ambiente é o que mais se distancia de uma Boa Qualidade de Vida (28,1%). A interpretação desse domínio revela que o indivíduo parece não estar satisfeito ou revela algum tipo de limitação com segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte.

A grande maioria das insatisfações verificadas pontua aspectos físicos, do meio ambiente e psicológico, que se relacionam com a falta de elementos relativos ao saneamento básico, de recursos de saúde, cultura, educação, lazer, entre outros, que afetam diretamente na QV das pessoas. O domínio meio ambiente com o menor percentual (28,1%) corrobora com estudos que avaliaram a qualidade de vida das mulheres de maneira geral. De acordo com Lucena (2016), nesse domínio as mulheres respondem a questões sobre ambiente físico, recursos financeiros, moradia, entre outros, o que pode vir a estar relacionado à dependência financeira da maioria das mulheres, ocasionando relações de submissão.

Alguns autores abordam qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, prazer, realização pessoal) e também objetivos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (PEREIRA, 2012). No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, por meio da portaria nº 687, definiu as diretrizes para se promover a qualidade de vida e reduzir à vulnerabilidade e riscos a saúde relacionada aos seus determinantes e condicionantes: modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, cultura, lazer, acesso a bens essenciais (BRASIL, 2010).

A tabela 4 apresenta a relação da situação de SAN com a Qualidade de Vida segundo os domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. Para todos os domínios observou-se que há uma maior prevalência de Boa Qualidade de Vida entre famílias classificadas em SAN quando comparados à INSAN, seja do tipo Leve ou Moderada/Grave, ou seja, a qualidade de vida é menor, quanto mais grave é a situação de insegurança alimentar e nutricional no domicílio. As prevalências que foram significativamente mais expressivas são



para o domínio psicológico ( $p < 0,009$ ), relações sociais ( $p < 0,008$ ) e meio ambiente ( $p < 0,001$ ) para a variável INSAN Moderada/Grave.

**Tabela 4.** Resultado da associação dos domicílios investigados quanto à situação de segurança alimentar e nutricional da família e os domínios da qualidade vida de mulheres residentes no município de Cuité-PB, 2014, (n=274).

Domínios da Qualidade de Vida	Segurança Alimentar e Nutricional			P
	SAN	INSAN Leve	INSAN Moderada/Grave <sup>10</sup>	
	N	N	N	
<b>Domínio físico</b>				
Baixa qualidade de vida	107	40	39	0,176
Boa qualidade de vida	59	20	9	
<b>Domínio Psicológico</b>				
Baixa qualidade de vida	92	39	39	0,009
Boa qualidade de vida	74	21	9	
<b>Domínio Relações sociais</b>				
Baixa qualidade de vida	60	17	25	0,008
Boa qualidade de vida	106	43	23	
<b>Domínio Meio Ambiente</b>				
Baixa qualidade de vida	106	47	44	0,001
Boa qualidade de vida	60	13	4	

<sup>10</sup>Nível de insegurança alimentar moderada e grave categorizada na mesma variável. Fonte: Dados coletados em Cuité, Brasil, de maio a agosto de 2014.

Neste contexto de saúde e SAN, é importante saber que a saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção: usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores. Bem como, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da saúde no todo. E assim entender, que atualmente a saúde não é apenas medida pelo fator biológico (BRASIL, 2010; MINAYO, 2000).

Conforme Minayo et al (2000), o patamar mínimo e universal para se falar em QV está relacionado à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos essenciais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva.

Sprangers et al. (2000), todavia, enfatizaram que fatores como gênero feminino, baixo nível de escolaridade, renda insuficiente e condições de moradia estão relacionados a baixos níveis de qualidade de vida, portanto é possível perceber que uma boa situação socioeconômica mostra-se associada à melhor qualidade de vida.

Embora haja avanço no enfrentamento das desigualdades, as mulheres ainda vivenciam em suas relações sociais do cotidiano, situações simbólicas veladas que envolvem as questões de gênero. Inegavelmente, essas situações acometem a saúde psicológica, física, bem como a qualidade de vida das mulheres.

Segundo Buss (2000), existem indicadores objetivos que expressam dimensões para uma boa da qualidade de vida; como a renda, emprego, população, consumo alimentar, tratamento adequado de esgoto e lixo, acesso a transporte, qualidade do ar e concentração de moradores por domicílio. Desta forma, os indicadores sociais referentes às mulheres do município, revelam que a qualidade de vida dessa população é consideravelmente baixa.

Não ter acesso a alimentação em qualidade e quantidade suficiente, não ter renda suficiente, emprego/desemprego, escolaridade, está exposta a uma instabilidade de acesso ao alimento, não possuir um ambiente de moradia adequado, saneamento, combinado ainda com as questões de preconceito e discriminação enfrentadas pelas mulheres, são questões que acarreta consequências potenciais para a saúde e qualidade de vida desses indivíduos. Podendo-se acarretar consequências físicas e psicológicas como o cansaço, falta de energia e comprometimento da capacidade de realizar suas atividades, sentimentos negativos e autoestima.

No presente estudo, a grande maioria das insatisfações verificadas entre as entrevistadas pontua aspectos econômicos, sociais, do meio ambiente e psicológico, que se relacionam com a falta de elementos relativos ao saneamento básico, de recursos de saúde, cultura, educação, lazer, entre outros, que afetam diretamente na QV das pessoas.

Considerando que a SAN integra o conjunto de direitos que definem a qualidade de vida e pressupõe o fim da exclusão social, o diagnóstico da INSAN é fundamental para definir políticas públicas que visem garantir o DHAA. Por se tratar de um conceito complexo e com múltiplas dimensões, a SAN não pode ser mensurada com um único indicador ou método.

A INSAN relaciona-se com a vulnerabilidade social por resultar de uma combinação de fatores que podem produzir uma deterioração do nível de bem-estar de pessoas, famílias ou comunidades, conforme a exposição a determinados tipos de riscos, podendo assim ser considerada também como um indicador de iniquidade social. As diferenças no acesso aos alimentos e à alimentação saudável refletem a iniquidade na SAN, que está relacionada a fatores socioeconômicos e culturais semelhantes aos determinantes de outras iniquidades sociais (BRASIL, 2006).

Retomando o conceito, a SAN pode ser compreendida como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente,

UFMG / BIBLIOTECA

sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006). Diversos estudos têm mostrado a associação da INSAN de forma geral ou em graus específicos com aspectos sociais e econômicos como cor, sexo, escolaridade, renda, e ainda saúde e alimentação (BELIK, 2003; BRASIL, 2006).

Os resultados demonstram a relação da insegurança alimentar com a baixa qualidade de vida em relação ao gênero, principalmente quando combinado a baixa escolaridade, classificação econômica, menor rendimento per capita, condição de trabalho e localização geográfica do domicílio, devendo estes ser considerados na avaliação e planejamento de ações estruturadas no setor de alimentação e no contexto da SAN para garantir um bom padrão alimentar em termos de quantidade, qualidade e estabilidade. A fim de garantir o direito humano fundamental consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, visto que, alimentação e nutrição são requisitos básicos para promoção, proteção e manutenção da saúde, possibilitando crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania.

Por fim, ressalta-se a necessidade da atuação intersetorial das políticas para superação da insegurança alimentar considerando os fatores associados, principalmente aqueles que são determinantes. Nesta direção, a atuação pactuada nos problemas da sociedade, como o alimentar e seus desdobramentos em saúde e qualidade de vida com ênfase nas questões de gênero, poderá permitir que o desenvolvimento econômico alcançado pelo Brasil nos últimos anos seja sustentável e equânime.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reuniu 274 mulheres distribuídas na zona urbana e rural do município de Cuité/PB. A maioria dos domicílios estão localizados na zona urbana da cidade, são casas próprias quitadas, de alvenaria acabada. Quanto ao perfil das entrevistadas, há predomínio de adultas que apresentam apenas o nível fundamental incompleto ou completo. Porém, referem possuir trabalho e renda de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo.

A situação de SAN é apontada como presente para mais da metade destas famílias. Contudo, foi possível observar que uma parcela significativa da amostra ainda apresenta alguma instabilidade quando se refere ao acesso à alimentação.

Para a qualidade de vida, em geral, as relações sociais é o domínio com escore mais elevado e o meio ambiente com o escore mais baixo, este último relacionado as questões físicas, financeiras, de cuidados com a saúde, culturais e de lazer, o qual apresenta uma característica de baixa qualidade de vida. A qualidade de vida, para as relações sociais, na população em estudo, se mostrou boa. Estudos de QV são importantes, pois trazem aspectos culturais, socioeconômicos, psicológicos que, em um âmbito multidisciplinar, podem contribuir para intervenções intersetoriais, assim como para a verificação da magnitude do impacto de políticas públicas nas condições de saúde das comunidades. Portanto, o planejamento e intervenções que incluam a participação direta dos indivíduos em todas as fases do processo se constituem como uma prioridade.

A mulher vive em meio a um paradoxo em que é oprimida, alvo de problemas sociais e nutricionais, em que, ao mesmo tempo é a principal provedora da segurança alimentar, retrato de uma sociedade com valores, sobretudo, capitalistas, patriarcais e machistas.

Sabe-se que políticas públicas são importantes para tentar reduzir desigualdades, inclusive entre gêneros. Contudo, mais ações são necessárias, e mais, é necessária uma mudança de base educacional histórica. A desigualdade de gênero não é uma questão meramente sociológica, mas também de saúde e nutricional, cabendo à sociedade o dever de lutar pela igualdade entre homens e mulheres, e ao Estado garantia de acesso a uma alimentação adequada às mulheres de forma justa e igualitária.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, B. K. G. ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**. Recife, 2007.

AKUNÃ, K. CRUZ, T. Surgimento da ciência da nutrição e breve histórico das políticas de alimentação no Brasil. **Revista baiana de Saúde pública**. vol. 27, n 1/2, p. 114-123. 2003.

BALSADI, O. V. Mudanças no meio rural e desafios para o desenvolvimento sustentável. **São Paulo Perspec.**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 155-165, 2001.

BARROS, M. S. C. TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição no brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. **Revista Alim. e Nutr.**, Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Manual de orientações para Conselheiras e Conselheiros da Sociedade Civil**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/cartilhaconhecaoconsea.pdf>> Acesso em: 01 de maio de 2017.

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, 18 set. 2006. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/consea/3conferencia/static/Documentos/Cartilha\\_CONSEA-2007\\_NOVO.pdf](http://www.planalto.gov.br/consea/3conferencia/static/Documentos/Cartilha_CONSEA-2007_NOVO.pdf)> Acesso em: 15 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN 2016-2019. Brasília, 2017.

BELIK, Walter. Perspectivas para a Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 12, nº 1, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Agenda 21. Disponível em: <http://www.mma.gov.br> Acesso em: 20 de maio de 2017.

BURLANDY, L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 6, p. 1441-1451, 2007.

BUSS, P. M. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CASTRO, M. M. L.D.; HOKERBERG, Y. H.M.; PASSOS, S. R. L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde. **Cad. saúde pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1357-1369, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/10.pdf> Acesso em: 22 de março de 2017.

CONTI, I. L. **Direito humano à alimentação adequada e soberania alimentar**. REDESAN, 2011. Disponível em: < [http://pjf.mg.gov.br/conselhos/seguranca\\_alimentar/documentos/dhaa.pdf](http://pjf.mg.gov.br/conselhos/seguranca_alimentar/documentos/dhaa.pdf) >. Acesso em : 15 de novembro de 2015.

CORRÊA, A. M. S. et al. (In) Segurança alimentar no Brasil: Validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. **Relatório técnico**, 49 p Campinas: UNICAMP, 2004.

CUSTÓDIO, M. B. [et al]. Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, n. 18, v. 1, 2011.

\_\_\_\_\_. *Geopolítica da Fome*: Ensaio sobre os problemas de alimentação e de população do mundo. 2 vol. 5. ed., rev e aum. São Paulo: Brasiliense, 1959.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Segurança Alimentar 2013**. 134 p, Rio de Janeiro, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. SISVAN: breve viagem ao passado. Apresentado na Mesa Redonda “SISVAN - Histórico, Avaliação e Perspectivas”. In: ENCONTRO NACIONAL DOS COORDENADORES ESTADUAIS E CENTROS COLABORADORES EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 6º, Brasília, 2006.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

GOMES, J. R. A. A; HAMANNI, E. M; GUTIERREZI, M. M. U. Aplicação do WHOQOLBREF em segmento da comunidade como subsídio para ações de promoção da saúde. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 495, p. 516, 2014.

IBGE. Cidades. Paraíba. Cuité. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraiba|cuité|info-graficos:-informacoes-completas> Acesso em: 15 de novembro de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa suplementar de segurança alimentar PNAD 2013, a percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos.**

Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000020112412112014243818986695.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2015.

JUNIOR, A. G. A importância da produção na agricultura familiar para a segurança alimentar. **2º Jornada questão agrária e desenvolvimento.** 2013.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

JALIL, L. M. As flores e os frutos da luta o significado da organização e da participação política para as mulheres trabalhadoras rurais. 206 f. Tese. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

LUCENA, K. D. T. Violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida. 107f. Tese. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2015.

LUCENA, K. D. T. et al. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Jornal Human Growth Development.** 2016; 26(2): p. 139-146.

MACEDO, D. C.[et. al]. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Rev. Simbio-Logias.** V. 2, n. 1, 2009

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, R. SILIPRANDI, E. A Contribuição das Mulheres para a Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2012/a-contribuicao-das-mulheres-para-a-seguranca-alimentar-e-nutricional> Acesso em: 16 de abril 2017.

NAVARRO, Z. Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. **Estudos Avançados,** São Paulo , v. 15, n. 43, p. 83-100, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU. **Comentário Geral 12.** Genebra, 1999.

PEIXOTO, M. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Núcleo de Estudo e Pesquisa, 2012.

PANELLI-MARTINS, B. E.; SANTOS, S. M. C.; ASSIS, A. M. O. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 21, supl. p. 65s-81s, 2008.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. Educ. Fis. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, 2012.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA A. M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, Campinas, SP, v.21, p.15s-26s, 2008.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Seguridad Alimentaria Y Nutricional: Marco Conceptual. In: XII Congresso Brasileiro de Sociologia, 2005, Belo Horizonte. Sociologia e realidade: pesquisa social no século XXI, 2005.

PESSANHA, L.; VANNIER-SANTOS, C.; MITCHELL, P.V. Indicadores para avaliar a Segurança Alimentar e Nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação: metodologias e fontes de dados. In: XVI ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Caxambu, MG, 2008.

PINHEIRO, L. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Retrato das Desigualdades de gênero e raça**. Brasília, 2008.

PINTO, F. C. L. Segurança Alimentar e Nutricional no estado de Pernambuco: situação e análise de fatores geográficos e socioeconômicos associados. 126 f. Tese. Universidade Federal de Pernambuco. 2012.

PIPITONE, M. A. P. et al . Atuação dos conselhos municipais de alimentação escolar na gestão do programa nacional de alimentação escolar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 143-154, jun. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732003000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732003000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 nov. 2015.

SAUPE, R. N et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 4, 2004

SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. **Revista. Economia Política**, São Paulo , v. 30, n. 3, p. 511-531, 2010 .

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



SILIPRANDI, E. Mulheres e Agroecologia: a construção de novos sujeitos políticos na agricultura familiar. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Centro de Desenvolvimento Sustentável, Brasília, 2009.

SILIPRANDI, E. Mulheres agricultoras: sujeitos políticos na luta por soberania e segurança alimentar. **Rev. Arius**. V.18. n.1. 2012.

SPRANGERS, M. A. et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? **Journal of Clinical Epidemiology**, 53(9), 895-907. 2000.

TADDEI, J. A et al. Nutrição em Saúde Pública. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. Cap. 6, p. 74-97.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 10:1403-1409. 1995.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

## MÓDULO 1. INFORMAÇÕES INICIAIS

I0. Entrevistador: \_\_\_\_\_ I1. Quest: \_\_\_\_\_ I2. Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 I3. A família pesquisada em 2011 foi encontrada?  Sim, no mesmo domicílio  Não, mas mudou de endereço  Sim, mas mudou de endereço  Não

## VERIFICAR SE É NECESSÁRIA A ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO

I4. Bairro: \_\_\_\_\_ I5. Área:  Urbano  Rural  Rural

I6. Endereço: \_\_\_\_\_

I7. Ponto de referência: \_\_\_\_\_

I8. A família mudou de domicílio em \_\_\_\_\_ (ano) \_\_\_\_\_ ? I8a. Qual motivo da(s) mudança(s)?

		NÃO PREENCHER	
2011	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2012	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2013	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2014	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual

( 1 ) Início do ano ( 2 ) Meio do ano( 3 ) Fim do ano

I9. No ano de \_\_\_\_\_ esta família RESIDIA em um cômodo, apartamento, casa? I9a. Ocorreu alguma mudança em \_\_\_\_\_ ?

		NÃO PREENCHER	
2011	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2012	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2013	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2014	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual

( 1 ) Início do ano ( 2 ) Meio do ano( 3 ) Fim do ano

No ano de 2011 esta família residia em um TIPO DE MORADIA de \_\_\_\_\_.

I10a. Ocorreu alguma mudança em \_\_\_\_\_ ? I10b. Qual (is)?

		NÃO PREENCHER	
2011	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2012	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2013	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual
2014	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	99 <input type="checkbox"/> NR _____	1 <input type="checkbox"/> Melhor 0 <input type="checkbox"/> Pior 2 <input type="checkbox"/> Igual

( 1 ) Início do ano ( 2 ) Meio do ano( 3 ) Fim do ano

( 1 ) Alvenaria acabada ( 2 ) Alvenaria inacabada ( 3 ) Taipa revestida ( 4 ) Taipa não revestida( 5 ) Madeira( 6 ) Outra(especificue)

### MÓDULO 3: CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME

S. COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_ (Considerar velhos e novos moradores)

(O ENTREVISTADOR DEVE NOMEAR OS ÚLTIMOS 3 MESES PARA SITUAR MELHOR O ENTREVISTADO)

S1. Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?  
 1  *Sim*      0  *Não*      99  NR/NS

S3. Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?  
 1  *Sim*      0  *Não*      99  NR/NS

S2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?  
 1  *Sim*      0  *Não*      99  NR/NS

S4. Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?  
 1  *Sim*      0  *Não*      99  NR/NS

**Se o entrevistado respondeu não em todas as questões encerrar o módulo**

**S5.** Nos últimos três meses, algum morador **ADULTO/IDOSO** deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S6.** Nos últimos três meses, algum morador **ADULTO/IDOSO**, comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**Se no domicílio não houver crianças ou adolescentes com idade inferior à 18 anos: PULAR PARA A S16**

**S9.** Nos últimos três meses, os moradores com **menos de 18 anos de idade**, não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S10.** Nos últimos três meses os moradores **menores de 18 anos de idade** comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S11.** Nos últimos três meses, algum morador com **menos de 18 anos de idade** comeu menos do que você achou que devia porque não havia dinheiro para comprar a comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S12.** Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com **menos de 18 anos de idade**, porque não havia dinheiro

**S16.** Vou dizer alguns motivos que algumas pessoas usam como explicação por não ter a variedade ou a quantidade de alimentos desejada. E gostaria que o Sr (a) me dissesse se algumas destas razões também aconteceu para a sua família.

	Motivos		
	SIM	NÃO	NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU
<b>S16a</b>	Faltou dinheiro para comprar a comida	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16b</b>	Faltou produção de alimentos suficientes para o consumo	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16c</b>	Estou/estamos endividados, sem crédito para comprar alimentos	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16d</b>	Gastei muito na compra de medicamentos e comprometi a compra de alimentos	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16e</b>	Está caro pagar o transporte/gasolina/passagem para chegar até o mercado para fazer as compras	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16f</b>	Faltou variedade de sua preferência no mercadinho ou na feira	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16g</b>	Faltou água para cozinhar	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>
<b>S16h</b>	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar	I <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0	99 <input type="checkbox"/>

**S7.** Nos últimos três meses, algum morador **ADULTO/IDOSO** sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S8.** Nos últimos três meses, algum morador **ADULTO/IDOSO** ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

suficiente para comprar a comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S13.** Nos últimos três meses, algum morador com **menos de 18 anos de idade** deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S14.** Nos últimos três meses algum morador com **menos de 18 anos de idade** sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

**S15.** Nos últimos três meses algum morador com **menos de 18 anos de idade** ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida?  
 I  *Sim*  *Não* 99  NR/NS

<b>S16i</b>	Problemas de saúde que geraram incapacidade de cozinhar (dependência)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 99
<b>S16j</b>	É muito difícil chegar até a feira ou ao mercadinho	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 99

**S17.** Tem algum outro motivo que eu não falei?  Sim  Não. **S17a.** Se sim, qual?

**MÓDULO 5: MULHER** (Se a entrevistada for mulher) - **E. NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO:** \_\_\_\_\_

**E1.** O quanto a Sra. se sente responsável pela manutenção financeira do domicílio?

1 Totalmente responsável  2 Em parte responsável  0 Não me sinto responsável  99 NS/NR

**E2.** A Sra. É responsável pela administração financeira deste domicílio?  Não  1 Sim  99 NS/NR

**E3.** Neste domicílio, a senhora faz as atividades domésticas?

0 Não, pago alguém pra fazer  1 Não, parentes fazem  2 Sim, sozinha  
 3 Sim, mas pago outra pessoa para me ajudar  4 Sim, mas recebo ajuda de parente (não paga)  99 NS/NR

**E4.** Há neste domicílio algum morador dependente de cuidados (Criança, idoso, deficiente...)?  1 Sim  0 Não  99 NS/NR (Se Não, passe para a E6)

**E5.** A senhora costuma cuidar destes moradores dependentes?

0 Não  1 Não, pago para alguém fazer  2 Sim  3 Sim, mas pago alguém para ajudar  99 NS/NR

Frequentemente, considerando todas as suas atividades, no turno da \_\_\_\_\_ a Sra realiza atividades de? (pode marcar mais de uma alternativa)

**E6. MANHÃ**

1 Trabalho remunerado  
 2 Atividade doméstica  3 Cuidado  
 4 Educação  5 Lazer/ descanso

**E7. TARDE**

1 Trabalho remunerado  
 2 Atividade doméstica  3 Cuidado  
 4 Educação  5 Lazer/ descanso

**E8. NOITE**

1 Trabalho remunerado  
 2 Atividade doméstica  3 Cuidado  
 4 Educação  5 Lazer/ descanso

**E9.** A Sra. participa de eventos/programações culturais, religiosas e de entretenimento na cidade?  0 Não  1 Sim  99 NS/NR

**E10.** Como a Senhora se sente assumindo essa(s) responsabilidade (dentro do lar)?

**MÓDULO 12: QUALIDADE DE VIDA (Pode ser auto-preenchido)****X.COLOCAR O NÚMERO DE ORDEM DO ENTREVISTADO:**

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
X1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
X2	O quanto satisfeito você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto <b> você tem sentido</b> algumas coisas nas últimas duas semanas		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
X3	Em que medida você acha que sua dor (física) impediu você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
X4	O quanto você precisou de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
X5	O quanto você aproveitou a vida?	1	2	3	4	5
X6	Em que medida você acha que a sua vida teve sentido?	1	2	3	4	5
X7	O quanto você conseguiu se concentrar?	1	2	3	4	5
X8	O quanto seguro(a) você se sentiu em sua vida diária?	1	2	3	4	5
X9	O quanto saudável era o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre <b>quão completamente</b> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
X10	Você teve energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
X11	Você foi capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
X12	Você teve dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
X13	O quanto disponíveis para você estavam as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
X14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre o quanto <b> você se sentiu bem ou satisfeito</b> a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
X15	O quanto você foi capaz de se locomover bem?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
X16	O quanto satisfeito(a) você esteve com o seu sono?	1	2	3	4	5
X17	O quanto satisfeito(a) você estava com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
X18	O quanto satisfeito(a) você estava com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
X19	O quanto satisfeito(a) você estava consigo mesmo?	1	2	3	4	5
X20	O quanto satisfeito(a) você estava com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
X21	O quanto satisfeito(a) você estava com sua vida	1	2	3	4	5

	sexual?					
X22	O quanto satisfeito(a) você estava com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
X23	O quanto satisfeito(a) você estava com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
X24	O quanto satisfeito(a) você estava com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
X25	O quanto satisfeito(a) você estava com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a <b>com que frequência</b> você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
X26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	5	4	3	2	1

X27. Nos últimos três anos como você avalia as possíveis mudanças na sua qualidade de vida?

1  Melhor 0  Pior 2  Igual 99  NS/NR

X28 Por que?

Observações sobre a entrevista e o questionário:



## APENDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
NÚCLEO DE PESQUISA E ESTUDOS EM NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é \_\_\_\_\_ e gostaria de conversar com o(a) senhor(a) sobre uma pesquisa que estamos fazendo pela UFPA. Em 2011 visitamos 359 domicílios do município de Cuité, inclusive o da sua família, e realizamos um conjunto de perguntas sobre a condição de vida do Sr (a) e de sua família. Agora em 2014, estamos visitando novamente cada domicílio pesquisado em 2011. O título desta pesquisa é “Segurança Alimentar e Nutricional em município de pequeno porte: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população” e está sendo realizada com o objetivo de analisar as possíveis mudanças na situação de vida destas famílias.

Caso concorde novamente em participar da pesquisa será realizada uma entrevista com o (a) senhor(a), onde serão perguntados fatos que aconteceram entre 2011 e 2014, além de perguntas sobre consumo alimentar e qualidade de vida. Em 2011, aferimos o peso e a altura de um indivíduo, caso este, ainda faça parte da família, voltaremos a pesá-lo e a medi-lo.

Esta pesquisa é financiada pelo Ministério de Desenvolvimento Social e executada pela Universidade e não tem nenhuma relação com governo ou outra instituição. Nossa finalidade única é obter informações sobre mudanças nas condições de saúde e alimentação da população de Cuité e a participação do(a) senhor(a) e da sua família não implica em nenhum benefício material como o recebimento de doações de alimentos ou a inclusão em programas governamentais.

O (a) senhor(a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa e se não participar isto não vai lhe trazer prejuízos. O(a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo. Porém, se o(a) senhor(a) aceitar ser entrevistado(a), o resultado dessa pesquisa vai ser muito importante para que se avalie a evolução da situação de vida, alimentação e nutrição da população de Cuité, assim sua participação poderá ajudar na orientação de políticas públicas e ações no município de Cuité.

Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que o(a) senhor(a) nos der. Os resultados deste trabalho deverão ser divulgados em revistas científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados poderão vir a ser identificados. Se todas as suas dúvidas foram esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o(a) senhor(a) como participante da pesquisa. Se tiver qualquer dúvida sobre o estudo, pode entrar em contato com a coordenadora da pesquisa: **Prof. Poliana Araújo: 33721960/ 99929839**  
**Email: polmeira.poliana@gmail.com**

**CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.**  
**Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545**

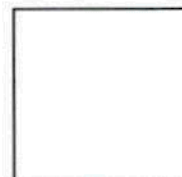
Responsável pela Pesquisa

**Prof. Ms. Poliana de Araújo**  
Universidade Federal de Campina Grande/ Centro de Educação e Saúde /Unidade Acadêmica de Saúde/ Curso de Graduação em Nutrição Tel: (83) 3372-1960/ 3372- 1900

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

Eu \_\_\_\_\_, concordo em colaborar com a realização da pesquisa intitulada Segurança Alimentar e Nutricional em município de pequeno porte: uma análise longitudinal das políticas públicas e da situação de insegurança alimentar da população nos termos acima descritos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UMA ANÁLISE LONGITUDINAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO

**Pesquisador:** POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 30910314.6.0000.6182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 677.847

**Data da Relatoria:** 25/06/2014

**Apresentação do Projeto:**

**Título da Pesquisa:** SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: UMA ANÁLISE LONGITUDINAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO

**Pesquisador:** POLIANA DE ARAUJO PALMEIRA

Os resultados dessa pesquisa apontaram a situação de vulnerabilidade social da população cuitense, visto que 59,7% dos domicílios pesquisados foram classificados em situação de ISAN, assim como, mostrou o potencial local e muitos entraves para na descentralização do Sistema Municipal de SAN. Desta forma, a realização anterior da pesquisa SANCUTE representa uma oportunidade de realizar o acompanhamento e monitoramento longitudinal das políticas públicas e da população do município de Cuité. Assim, este projeto possui dois eixos de atuação, a saber: 1. Situação de Segurança Alimentar da população Cuitense: será realizado um estudo longitudinal de coortes que conta com o retorno dos pesquisadores aos 359 domicílios pesquisados no ano de 2011, na oportunidade serão coletadas novamente informações

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-820

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@hust.infq.ufcg.br