



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Martins Sobrinho, Fernanda; Cardoso Silva, Yara; Silva Abreu, Mery Natali; Cardoso Lisboa Pereira, Simone; Dias Júnior, Cláudio Santiago

Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 5, mayo-, 2014, pp. 1601-1611

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030588029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Determinants of food and nutrition insecurity:
a study conducted in Low-budget Restaurants in Belo Horizonte
in the state of Minas Gerais, Brazil

Fernanda Martins Sobrinho¹

Yara Cardoso Silva¹

Mery Natali Silva Abreu¹

Simone Cardoso Lisboa Pereira¹

Cláudio Santiago Dias Júnior²

Abstract *The scope of this study is to evaluate the condition of household food and nutrition (in)security (IAN) of the users of low-budget restaurants in Belo Horizonte (BH). This is an analytical cross-sectional study carried out on all low-budget restaurants and cafeteria in BH with a sample of 1613 users. The IAN was assessed using the Brazilian Food Insecurity Scale and cross-checked with the socioeconomic profile of the users. The Chi-square and Mann-Whitney tests were applied. All p-value < 0.25 variables were included in the multivariate analysis. The groups most exposed to IAN among users of low-budget restaurants are those with a lower socioeconomic level and per capita income class and those with a large number of residents in the household. Also affected are those who admit to having different kinds of wants and needs, and those for whom price and living alone are the main reasons for frequenting low-budget restaurants. The factors affecting the IAN are varied and multi-factorial, thus representing a major challenge for public policy makers and for those who live directly with these dietary restrictions. The low-budget restaurants serve as a strategy for promoting healthy eating habits.*

Key words *Health promotion, Food and nutrition policies and programs, Food and nutrition security, Restaurants*

Resumo *Este trabalho objetiva avaliar a condição domiciliar de (in) segurança alimentar e nutricional (IAN) dos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte (BH). Trata-se de um estudo transversal analítico realizado em todos os RP e refeitório de BH com uma amostra de 1613 usuários. A IAN foi avaliada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e cruzadas com o perfil socioeconômico dos usuários. Foi aplicado Qui-quadrado de Pearson e teste de Mann-Whitney. Foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis p-valor < 0,25. O grupo mais exposto a IAN entre os usuários dos RP são os com classe socioeconômica e com uma renda per capita mais baixa; com um grande número de residentes no domicílio; que se autodeclararam possuir mais tipos diferentes de carências/necessidades; e que consideram o preço e morar sozinho os principais motivos para frequentar os RP. Os fatores que interferem na IAN são vários, multicausal, representando assim um grande desafio para os formuladores de políticas públicas e para os que convivem diretamente com essas restrições alimentares. O RP atua como estratégia de promoção da alimentação saudável.*

Palavras-chave *Promoção da saúde, Programas e políticas de nutrição e alimentação, Segurança alimentar nutricional, Restaurantes*

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Professor Alfredo Balena 190/sala 518, Santa Efigênia. 30.130-100 Belo Horizonte MG Brasil. nanda_sobrinho@hotmail.com

² Departamento de Sociologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

O conceito definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) determina que saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Diante desse conceito amplo, ter uma alimentação balanceada e nutritiva é um dos recursos fundamentais para possuir uma boa saúde, assim como habitação, educação, renda, entre outros¹.

A Constituição Federal (CF) Art. 196 determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Segundo a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa (1986), a promoção da saúde tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Neste sentido, considerando a alimentação como um dos determinantes da saúde, as ações de promoção da saúde também vêm sendo direcionadas para a promoção da segurança alimentar e nutricional².

A segurança alimentar e nutricional (SAN) representa preocupação com questões relacionadas à suficiência de suprimento de alimentos de qualidade e de forma sustentável. De acordo com a lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, Cap. 1, art. 3: “a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis”³.

Além do direito à saúde ser estabelecido por Constituição Federal, uma alimentação adequada também se constitui como direito social e fundamental previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948. No Brasil esse direito social se deu no ano de 2010 por meio da constituição federal, com a emenda 64⁴. Embora a SAN esteja prevista na constituição federal, a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, no entanto, relatou que 35,5% das famílias brasileiras pesquisadas declararam não ter alimentos suficientes para chegar ao fim do mês⁵. Já a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009 registrou que o número de do-

micílios brasileiros que se encontrava em algum grau de insegurança alimentar nutricional (IAN) ainda é de 30,2% no ano de 2009. Esse percentual significa que 65,6 milhões de pessoas residentes em 17,7 milhões de domicílios se encontram em algum grau de IAN, ou seja, apresentavam alguma restrição alimentar^{6,7}.

Dentro dessa perspectiva, os Restaurantes Populares (RP) surgem como importantes equipamentos públicos brasileiros que funcionam como um instrumento favorável à promoção do direito humano à alimentação adequada. O primeiro RP a ser criado no país foi na cidade Belo Horizonte (MG) e a partir de então muitos outros municípios conheceram a experiência e a adotaram, de acordo com as demandas locais específicas. Hoje, o Programa Restaurante Popular é uma das políticas do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), integrado à rede de ações do programa Fome Zero, política de inclusão social estabelecida em 2003, no qual objetiva-se garantir quantidade, qualidade e regularidade no acesso à alimentação para a população brasileira de grandes centros urbanos, prioritariamente em vulnerabilidade social e nutricional⁸⁻¹⁰.

Outro programa também impulsionado pelo MSD é o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA) e este é diretamente relacionado ao Programa dos RP. O PAA compra a produção dos pequenos produtores, a um preço justo, fazendo com isso a inserção desses trabalhadores no mundo econômico e social do trabalho, além de abastecer equipamentos públicos, dentre eles os RP, propiciando, assim, a oferta de produtos saudáveis e mais baratos¹¹. Dessa forma, dois programas conjuntamente podem contribuir para uma lógica de produção de qualidade baseada em princípios sustentáveis, aumentando a qualidade vida tanto dos trabalhadores quanto da população em geral¹².

Assim, o RP é um equipamento de *múltiplo uso*, pois além de seu principal objetivo que é “ofertar refeições prontas saudáveis e a preços acessíveis, reduzindo assim o número de pessoas em situação de insegurança”, também deve ser um espaço cultural e de educação alimentar e nutricional^{8,10}. O RP ainda deve procurar estimular a sociedade a combater a fome e a adotar hábitos alimentares saudáveis, promovendo a saúde e contribuindo para o enfrentamento de doenças e agravos não transmissíveis².

Pesquisas têm demonstrado que o projeto tem atingindo seu objetivo. Um estudo realizado em um RP de Pelotas relata que esses locais rece-

bem usuários que em sua maioria possuem renda familiar de até um salário mínimo; almoça cinco vezes por semana neles; que o preço da alimentação é o principal motivo que levou à escolha do RP, em seguida o motivo refeição saudável; e que os grupos de pessoas que mais frequentam são os aposentados, os pensionistas e os desempregados¹³.

No entanto, um dos motivos que pode dificultar que os RP atinjam seu objetivo talvez seja o aumento do valor da refeição. O RP de Pelotas, por exemplo, declarou que houve redução do número de refeições servidas após o aumento do valor das refeições¹³. Neste sentido pode-se inferir que aquelas pessoas muito vulneráveis economicamente, que geralmente são as que estão em IA, podem ter deixado de frequentar o RP.

Dessa forma, é importante avaliar se os restaurantes estão cumprindo o seu papel de oferecer uma alimentação de qualidade e a preço acessível à população, que se encontra em vulnerabilidade social e nutricional. Nesta perspectiva, este trabalho teve como objetivo avaliar a condição domiciliar de (in)segurança alimentar nutricional dos usuários dos restaurantes e refeitório populares de Belo Horizonte (MG), bem como o perfil sociodemográfico dos usuários em insegurança alimentar nutricional.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado nos restaurantes e refeitório populares de Belo Horizonte (MG): Restaurante Popular Herbert de Souza, Restaurante Popular Josué de Castro, Restaurante Popular Maria Regina Nabuco, Restaurante Popular Dom Mauro Bastos e Refeitório Popular da Câmara Municipal João Bosco Murta Lages; denominados RPI, RPII, RPIII, RPIV e RV, respectivamente, segundo a ordem cronológica de inauguração e funcionamento.

A seleção da amostra foi aleatória sistemática por cotas, obtida tendo como base o fluxo de pessoas nos referidos estabelecimentos no período de oferta das refeições, segundo sexo e idade. Estimou-se uma amostra total de 1613 usuários, distribuídos de forma proporcional entre os RP: 372 no RPI, 370 no RPII, 260 no RPIII, 331 no RPIV e 280 no RPV.

Todos os participantes foram informados a respeito do objetivo e caráter da pesquisa e foram convidados a participar de forma voluntária, além de receberem e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme prin-

cípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 196/98 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Adotou-se como critérios de inclusão para participar desta pesquisa; ter mais de 18 anos; ter realizado pelo menos uma refeição no restaurante popular e não entrevistar moradores do mesmo domicílio.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação face a face de um questionário semiestruturado composto por 5 seções: 1 Características do Entrevistado, 2 Avaliação Econômica, 3 (In)segurança Alimentar nutricional, 4 Dados Antropométricos, 5 Informações Complementares. Neste questionário foram utilizados alguns instrumentos validados: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O instrumento foi testado através de entrevistas simuladas, a fim de esclarecer dúvidas no seu manuseio e realizaram-se entrevistas em conjunto para comparação de compreensão de respostas.

Variáveis estudadas

Variável resposta

A variável resposta deste estudo foi à investigação da condição de (in)segurança alimentar domiciliar avaliada por meio do questionário EBIA. Essa escala é composta por 15 questões objetivas, relativas à percepção dos entrevistados sobre a situação alimentar vivida pela família ao longo dos últimos três meses anteriores à entrevista. Às respostas positivas foi atribuído o valor de um ponto e as respostas negativas não receberam pontuação. O valor final da somatória varia de 0 a 15 pontos e é utilizado para a categorização dos escores, que correspondem, respectivamente, aos níveis leve, moderado e grave de insegurança alimentar¹⁵. Quando nenhuma resposta foi positiva, o entrevistado foi classificado em situação de segurança alimentar nutricional (SAN); se a soma de pontos se encontrasse entre 1 a 5, classificou-se insegurança alimentar nutricional (IAN) leve; de 6 a 10, IAN moderada; e de 11 a 15, IAN grave^{16,17}. Para as análises de fatores associados considerou-se apenas SAN (escore 0) e IAN (escores de 1 a 15).

Variáveis explicativas

Foram avaliadas variáveis socioeconômicas e demográficas tais como: idade, ocupação, sexo, escolaridade (até fundamental; médio; superior),

estado conjugal agrupado em (sem parceiro e com parceiro), moradia (alugada, própria e outros), avaliação econômica, renda *per capita* e o número de pessoas no domicílio. Foi considerado como renda familiar mensal o resultado de toda a receita da unidade familiar: salários, pensões, aposentadorias, contribuições de outros familiares e amigos, ajudas de custo, renda proveniente de propriedades etc. A renda familiar foi dividida pelo número de pessoas dependentes dessa renda, calculando assim a renda *per capita*, e esta dividida pelo valor do salário mínimo (SM), resultando em salários mínimos *per capita*. No período da aplicação dos questionários (set/2009 a fev/2010), o valor do salário mínimo vigente era de R\$ 510,00. Já o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”¹⁸.

Também foram avaliadas variáveis relacionadas à assistência social do usuário: se este recebe algum benefício social; se a presente situação permite que satisfaça suas necessidades básicas (muito precariamente, precariamente, moderadamente, bem, muito bem); necessidades ou carências no que se refere às questões econômica, de saúde, moradia, serviços ou programas de saúde, serviços ou programas de serviços sociais, rejeição, transporte, alimentação, vestuário, familiares e solidão. Também foi quantificado o número total de carências relatado pelo usuário.

Com relação ao envolvimento do usuário com o RP foram avaliadas variáveis como: tipo de refeição realizada no restaurante (desjejum, almoço e jantar); frequência da alimentação do usuário (sempre, quase sempre, de vez em quando, raramente e 1ª vez); frequência do usuário ao RP (ocasionalmente; 1 a 3 vezes/semana e 4 a 5 vezes/semana); se o valor cobrado pela refeição é acessível para o rendimento mensal do usuário; motivos que influenciaram na escolha pelo RP (pre-

ço, bom atendimento, evitar gastos/fazer economia, falta de tempo de fazer as refeições em casa).

Análise dos dados

Os dados foram digitados em banco específico criado no programa Epi-data versão 3.1.2 e analisados através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0. Foi realizada análise descritiva com a elaboração de tabelas de distribuição de frequências e cálculo de medidas de tendência central e variabilidade. Na análise univariada foi realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas ou teste de Mann-Whitney para as variáveis numéricas e com distribuição assimétrica. Foram incluídas na análise multivariada todas as variáveis com valor-p menor que 0,25 na análise univariada e construído um modelo de regressão logística binária. O ajuste do modelo utilizou o critério *backward*, com retirada das variáveis uma a uma, de acordo com sua significância, permanecendo no modelo aquelas com valor-p menor que 0,05. Foram estimados os valores de odds ratio (OR), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). A qualidade do ajuste foi avaliada por meio da estatística de Hosmer & Lemeshow. Considerou-se um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 1, em todos os RP foi identificado que mais de 60% dos usuários encontra-se em SAN, sendo que o maior percentual foi do RP IV (81,5%) e o menor para o RP II (61,1%). Em relação à IAN, o RPII apresentou a maior prevalência de IAL (28,5%) e o RPV a menor (12,1%). Quando se trata da IAM, foi observado que a maior prevalência dessa condição se encontra no

Tabela 1. Distribuição dos usuários em condição de segurança/insegurança alimentar e nutricional por Restaurante Popular (RP). Belo Horizonte (MG).

EBIA (n = 1656)	RP I		RP II		RP III		RP IV		RP V		Total	p*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
SA	275	68,7	242	61,1	176	71	275	83,1	230	81,8	1.198	< 0,001
IAL	94	23,5	113	28,5	50	20,2	47	14,2	34	12,1	338	
IAM	25	6,2	37	9,3	19	7,7	8	2,4	15	5,3	104	
IAG	6	1,5	4	1,0	3	1,2	1	0,3	2	0,7	16	

* Teste Qui-quadrado.

RP II com 9,3% e a menor localiza-se no RP IV com 2,4%. No RP I encontra-se o maior quantitativo de pessoas em IAG, representando 1,5% e no RP IV o menor, com 0,3%. Ressalta-se que a diferença entre os RP foi estatisticamente significativa (valor- $p < 0,001$).

Observando os resultados da Tabela 2 pode-se afirmar que a prevalência de IAN foi significativamente mais elevada (valor- $p < 0,05$) entre os usuários do sexo masculino; os que moram em outros lugares tais como casa de parente, abrigo, pensão ou sem moradia; os que não trabalhavam no momento da entrevista; os da classe socioeconômica C; com menor idade; menor renda *per capita* e maior número de pessoas residindo no domicílio.

Com relação às variáveis sobre assistência social do usuário (Tabela 3), observou-se maior prevalência de IAN entre os usuários que recebem algum benefício social e relataram que a

presente situação permite que satisfaçam as necessidades básicas muito precariamente. Além disso, todas as variáveis relacionadas às carências relatadas pelos usuários mostraram-se estatisticamente associadas à insegurança alimentar (valor- $p < 0,05$), sendo maior a prevalência de IAN entre aqueles que relataram alguma carência. No que se refere ao número de carências, verificou-se que os usuários em IAN tiveram uma mediana de 2 carências enquanto que para os em SAN essa mediana foi de apenas 1 ($p \leq 0,001$).

Considerando as variáveis sobre a relação do usuário com o RP, houve maior prevalência de IAN entre usuários que realizam o desjejum (42,6%) ou que realizam o jantar (32,8%). Não foi observada associação entre insegurança alimentar e a frequência com que o usuário frequenta o RP ($p = 0,395$). A prevalência de IAN também foi mais elevada entre os usuários que não consideram o valor cobrado da refeição aces-

Tabela 2. Associação entre condição de segurança/insegurança alimentar nutricional e fatores sociodemográficos e econômicos dos usuários dos RP de BH (MG).

Variável	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p
	n	%	n	%	
Sexo (n = 1657)					< 0,001*
Feminino	879	74,7	298	25,3	
Masculino	320	66,7	160	33,3	
Escolaridade (n = 1651)					0,082*
Até Fundamental	394	69,1	176	30,9	
Médio	588	74,1	205	25,9	
Superior	215	74,1	73	25,3	
Estado Conjugal (n = 1650)					0,327*
Sem parceiro	702	71,4	281	28,6	
Com parceiro	491	73,6	176	26,4	
Moradia (n = 1655)					< 0,001*
Própria	884	77,0	264	23,0	
Alugada	251	66,1	129	33,9	
Outros***	63	49,6	64	50,4	
Ocupação (n = 1648)					< 0,001*
Não trabalha	159	64,1	89	35,9	
Trabalha	788	72,2	304	27,8	
Aposentado/Pensionista	246	79,9	62	20,1	
Avaliação Econômica (n = 1261)					0,048*
Classe A e B	84	90,3	9	9,7	
Classe C	106	77,9	30	22,1	
Classe D e E	37	84,1	7	15,9	
	Mediana	(Min - Max)	Mediana	(Min - Max)	
Idade (n = 1654)	43	(18 - 95)	38	(18-81)	0,001**
Renda per Capita (n = 1424)	600	(0,00 - 6.250,00)	375	(0,00 - 3.500,00)	< 0,001**
Número de Pessoas no Domicílio (n = 1626)	3	(1,0 - 15,0)	3	(1,0 - 40,0)	0,001**

* Teste Qui-quadrado. ** Teste Mann-Whitney. *** Morando com parentes sem custo para o entrevistado; morando em residência cedida com custo para o entrevistado; abrigo; pensão; sem moradia; outros.

Tabela 3. Associação entre condição de segurança/insegurança alimentar e nutricional e variáveis relacionadas à assistência social dos usuários dos RP de BH (MG).

Variável	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p*
	n	%	n	%	
Recebe algum benefício social (n = 1580)					0,004
Sim	89	61,8	55	38,2	
Não	1048	73	388	27	
Presente situação permite que satisfaça suas necessidades básicas? (n = 1642)					< 0,001
Muito precariamente	19	35,8	34	64,2	
Precariamente	162	52,8	145	47,2	
Moderadamente	525	72,2	202	27,8	
Bem	397	86,1	64	13,9	
Muito bem	87	92,6	7	7,4	
Quais são suas necessidades (carências)					
Econômico (n = 1596)					< 0,001
Sim	306	61,9	188	38,1	
Não	840	76,2	262	23,8	
Saúde (n = 1597)					< 0,001
Sim	279	62,6	167	37,4	
Não	868	75,4	283	24,6	
Moradia (n = 1597)					< 0,001
Sim	211	53,4	184	46,6	
Não	936	77,9	266	22,1	
Serviços ou programas de saúde (n = 1597)					< 0,001
Sim	200	60,6	130	39,4	
Não	947	74,7	320	25,3	
Serviços ou programas social (n = 1597)					< 0,001
Sim	81	55,9	64	44,1	
Não	1066	73,4	386	26,6	
Rejeição (n = 1597)					< 0,001
Sim	18	36	32	64	
Não	1129	73	418	27	
Transporte (n = 1597)					0,002
Sim	249	65,5	131	34,5	
Não	898	73,8	319	26,2	
Alimentação (n = 1597)					< 0,001
Sim	55	38,5	88	61,5	
Não	1092	75,1	362	24,9	
Vestuário (n = 1597)					< 0,001
Sim	53	45,7	63	54,3	
Não	1094	73,9	387	26,1	
Famíliares (n = 1597)					< 0,001
Sim	92	55,4	74	44,6	
Não	1055	73,7	376	26,3	
Solidão (n = 1597)					< 0,001
Sim	78	55,3	63	44,7	
Não	1069	73,4	387	26,6	
Outros problemas (n = 1597)					< 0,001
Sim	206	93,2	15	6,8	
Não	941	68,4	435	31,6	
Nº de carências	Mediana 1	(Min-Max) (0-11)	Mediana 2	(Min-Max) (0-12)	< 0,001

* Teste Qui-quadrado. Teste Mann-Whitney.

sível para o seu rendimento mensal e que consideraram preço, bom atendimento, evitar gastos e falta de tempo como motivos para frequentar o restaurante popular (Tabela 4).

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 5, na análise multivariada os fatores associados à IAN foram: classe socioeconômica; renda per capita; número de pessoas na casa;

Tabela 4. Associação entre condição de segurança/insegurança alimentar e nutricional e variáveis relacionadas à relação dos usuários com os RP de BH (MG).

Variável	Segurança alimentar		Insegurança alimentar		p*
	n	%	n	%	
Tipo de refeição realizada no RP (n = 4910)					
Desjejum (n = 1639)					<0,001
Sim	66	57,4	49	42,6	
Não	1119	73,4	405	26,6	
Almoço (n = 1633)					0,725
Sim	1113	72,2	428	27,8	
Não	68	73,9	24	26,1	
Jantar (n = 1638)					0,048
Sim	168	67,2	82	32,8	
Não	1017	73,3	371	26,7	
Com que frequência você se alimenta no RP (n = 1582)					0,551
Sempre	501	73,8	178	26,2	
Quase sempre	210	69,5	92	30,5	
De vez em quando	252	71,6	100	28,4	
Raramente	117	73,1	43	26,9	
1ª vez	60	67,4	29	32,6	
Frequência do usuário no RP (n = 1391)					0,395
Ocasionalmente	97	76,4	30	23,6	
1 a 3 vezes/semana	393	70,7	163	29,3	
4 a 5 vezes/semana	508	72,8	190	27,2	
O valor cobrado da refeição é acessível para o seu rendimento mensal (n = 1649)					<0,001
Sim	1173	73,2	429	26,8	
Não	21	44,7	26	55,3	
Motivos que influenciaram na escolha pelo RP (n = 24735)					
Preço (n = 1649)					<0,001
Sim	833	69,5	365	30,5	
Não	363	80,5	88	19,5	
Bom atendimento (n = 1649)					0,002
Sim	159	64,4	88	35,6	
Não	1037	74	365	26	
Evitar gastos/Economia (n = 1649)					<0,001
Sim	186	62	116	38,4	
Não	1010	75	337	25	
Falta de tempo de fazer as refeições em casa (n = 1649)					0,02
Sim	72	63,2	42	36,8	
Não	1124	73,2	411	26,8	
Outros**					0,834
Sim	23	74,2	8	25,8	
Não	1173	72,5	445	27,5	

* Teste Qui-quadrado. ** Outros: localização; refeição saudável; refeição de boa qualidade; variedade do cardápio; refeição saborosa; higiene/limpeza; por estar passando próximo ao restaurante; necessidade (mora sozinho/ não tem esposa/ ninguém que faça); indicação de amigos/ terceiros/ parentes.

Tabela 5. Análise multivariada buscando fatores associados à insegurança alimentar e nutricional dos usuários dos RP de Belo Horizonte (MG).

Variáveis	Valor-p	OR	IC 95% para OR	
			Lim. Inferior	Lim. Superior
Classe socioeconômica				
A e B	0,002			
C	0,08	1,448	1,448	0,956
D e E	0,001	2,331	2,331	1,43
Renda <i>per capita</i> (em reais)	< 0,001	0,999	0,998	0,999
Número de pessoas na casa	0,004	1,123	1,05	1,27
Número de carências	< 0,001	1,656	1,039	1,214
Preço é um motivo que influenciou a escolha pelo RP				
Não	< 0,001	1	-	-
Sim		0,553	0,386	0,793
Morar sozinho é um motivo que influenciou a escolha pelo RP				
Não	0,018	1	-	-
Sim		0,471	0,253	0,878

Valor-p ajuste do modelo (Estatística de Hosmer & Lemeshow) = 0,643.

número de carências; preço da alimentação e morar sozinho sendo um fator que influencia na escolha pelo RP.

Os usuários que se encontram na classe socioeconômica C apresentam uma chance de estar em IAN 1,45 vezes maior do que aqueles que se encontram na classe A e B. Todavia os usuários da classe D e E apresentam chance 2,33 vezes maior de estarem em IAN comparado com a classe A e B. Além disso, o aumento de R\$1,00 na renda per capita das pessoas residentes no domicílio diminuiu em 0,1% a chance de estar em condições de IAN e com o aumento de uma pessoa no domicílio do usuário do RP aumenta-se em 12,0% a chance das pessoas residentes estarem em IAN. Também foi possível observar que ao relatar uma carência a mais a chance do usuário se encontrar em IAN eleva-se em 65,6%. Por outro lado, os usuários que relataram o preço como um dos motivos que influenciou a sua escolha pelo RP apresentam 55,3% mais chance de estarem em IAN do que aqueles que não deram esta resposta. Por fim, a chance dos usuários se encontrarem em IAN, quando relatado morar sozinho como um dos motivos que influenciou a sua escolha pelo RP, é 47,1% maior do que para aqueles que não deram este motivo.

Ressalta-se que o modelo apresentou bom ajuste, de acordo com a estatística de Hosmer & Lemeshow.

Discussão

A IAN trata-se de uma condição resultante de restrições alimentares, sendo um fenômeno complexo, contínuo e multidimensional¹⁹. No Brasil, a distribuição da IAN é bem heterogênea, ou seja, as prevalências são distintas quando comparados regiões, estados e cidades²⁰. Ao comparar o percentual de IAN dos Restaurantes Populares (RP) de Belo Horizonte (BH) com um estudo realizado em um RP de Pelotas (RS), verifica-se que os primeiros possuem menor prevalência (27,7%) em relação ao segundo (41,8%)¹³.

Neste estudo foi verificado que estar ou não em condição de IAN familiar está diretamente relacionado à condição de vida dos indivíduos, aspectos econômicos e sociais, conforme avaliado pelos resultados da análise multivariada. Fica evidente também que quanto menor o nível socioeconômico maior é a chance de IAN. Essa associação também é evidenciada em outros estudos encontrados na literatura²⁰⁻²².

Outro fator econômico que mostrou associação com IAN foi a renda *per capita*. Essa associação também é relatada em outros estudos da literatura^{21,23,24}. Um estudo realizado no Rio de Janeiro²¹, afirma que quanto menor a renda por pessoa, maior a prevalência, ou a chance, de IAN nos domicílios. Além disso, a passagem de um estrato de renda maior para outro menor repre-

senta mais do que o dobro de possibilidade de IAN para o domicílio²⁵. O baixo rendimento da população brasileira é um dos determinantes da IAN²⁶.

O número de pessoas em casa trata-se de uma variável que apresentou também uma associação com IAN. Outros estudos na literatura trazem a mesma relação: quanto maior o número de pessoas em casa, maior a prevalência de IAN domiciliar^{21,23,24}. Essa relação se dá pela necessidade de mais recursos para compra de alimentos, fato que normalmente não acompanha o crescimento familiar e torna a alimentação menos segura na família^{22,27}.

Outro fator de grande relevância que influencia na condição de SAN/IAN e que foi evidenciado neste estudo foi o número de carências/necessidades dos usuários. Com esse resultado foi possível perceber quanto maior o número de carências que o domicílio apresenta, como por exemplo, necessidades econômicas, de saúde, de moradia, transporte, alimentação, entre outras, maior será a possibilidade dele estar em IAN. Neste sentido, com o intuito de reduzir as condições de extrema carência/necessidade da população brasileira surgiu o Programa Bolsa Família (PBF). Sendo uma iniciativa do governo federal, no qual se trata de um programa social que busca minimizar a desigualdade social no Brasil e principalmente tirar pessoas da miséria absoluta. Diante disso, ressalta-se a relevância do PBF para a promoção de melhorias no que tange à segurança alimentar e nutricional dos brasileiros, como mostra a pesquisa publicada em 2008 pelo Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Entretanto, foi evidenciado nesta pesquisa que para a população geral o aumento da renda nem sempre vem acompanhado de opções alimentares mais saudáveis²⁸.

Outro fator que apresentou associação significativa com IAN neste estudo foi o preço da alimentação, sendo este o principal motivo que influenciou os usuários a escolherem o RP para se alimentarem. Segundo o CONSEA²⁸, a estabilidade dos preços é um fator ponderável para que as famílias com menor renda possam garantir seu acesso à alimentação. Para garantir essa estabilidade nos preços, os RP contam com subsídios oferecidos pelo governo, a fim de possibilitar que maior número de pessoas com renda até dois salários mínimos tenham acesso a alimentação oferecida pelo RP²⁹. Neste sentido, o preço acessível da alimentação é uma das preocupações dos formuladores de ações públicas, sendo um dos objetivos do programa dos RP brasileiros.

Por fim, o último fator que demonstrou associação significativa com IAN neste estudo foi que o usuário que mora sozinho apresenta como um motivo que influenciou a escolha pelo RP. Tais fatores podem ser corroborados por meio do arranjo da população que mora sozinha, no qual se constitui principalmente por os idosos e jovens que saem de casa para estudar e tais fazem o consumo alimentar de produtos prontos de fácil e rápido preparo e da alimentação fora de casa. Além disso, a alimentação tem um grande peso nas despesas da pessoa em todas as regiões do Brasil, com um gasto de aproximadamente mais de 60%³⁰.

E assim, essas ações e metas podem contribuir para reduzir a pobreza e a exclusão social, proporcionando, então, o cumprimento do direito humano à alimentação adequada. Além de disseminar a cultura da alimentação saudável e implementar ações de prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação². O Programa do Restaurante Popular, por exemplo, é uma dessas ações criadas pelo governo, especificamente pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, com intuito de criar uma rede de proteção alimentar aos seus usuários. Neste sentido, os RP funcionam como um instrumento público que atua na promoção da segurança alimentar e nutricional, além de ser um espaço de educação em saúde.

Mesmo com algumas políticas e ações já criadas, ainda há outros desafios a serem enfrentados no que se refere à IAN, pois existem vários fatores que condicionam o consumo alimentar que não foram variáveis abordadas neste estudo como, por exemplo, contextos onde há indisponibilidade e/ou dificuldade no acesso aos serviços de saúde, educação, saneamento básico, água potável, transporte, entre outros. Neste sentido, o impacto desses fatores nas condições de saúde e na alimentação das famílias depende da oferta destes serviços públicos em cada localidade, da qualidade em sua prestação e do custo pago pelas famílias para acessá-los, de forma a garantir o direito humano à alimentação adequada¹⁵.

Enfim, este estudo mostra que os fatores que interferem na IAN são vários, podendo dizer que se trata de uma condição multicausal. Por isso, a IAN representa um grande desafio, não somente para os formuladores de políticas públicas, mas também para os que residem nestes domicílios e que convivem diretamente com essas restrições alimentares. Torna-se importante destacar o RP como estratégia de promoção da alimentação saudável, consequentemente promovendo a re-

dução de IAN aos usuários e proporcionando promoção da saúde, considerando a alimentação um fator condicionante desta.

Colaboradores

FM Sobrinho e YC Silva trabalharam na elaboração de todo o artigo. MNS Abreu, SCL Pereira e CS Dias Júnior trabalharam na elaboração e correção de todo artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. *Promoção da Saúde*. Brasília (DF): MS. [Internet]. [acessado 2013 jul 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília (DF): MS. [Internet]. [acessado 2013 jul 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>
3. Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 18 set.
4. Custódio MB, Yuba TY, Cyrillo DC. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos. *Rev. Panam Salud Publica* 2013; 33(2):144-150.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/09) mostra desigualdades e transformações no orçamento das famílias brasileiras*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [Internet]. [acessado 2012 jan 12]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1648&id_pagina=1
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Insegurança alimentar diminui, mas ainda atinge 30,2% dos domicílios brasileiros*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [Internet]. [acessado 2012 jan 17]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1763&id_pagina=1
7. Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1441-1451.
8. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria de Segurança Alimentar e Nutricional. Departamento de Promoção de Sistemas Descentralizados. *Manual Programa Restaurante Popular*. [Internet]. [acessado 2012 out 20]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/editais/editais-anteriores/2005/restaurante-popular/arquivos/edital-01.2005.pdf>
9. Ananias P. Restaurante popular: uma história de 11 anos. MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. s.d. [Internet]. [acessado 2013 out 14]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/backup/institucional/o.../Restaurante_popular.doc.

10. Observatório de Políticas Públicas para a Agricultura (OPPA). *Relatório com as principais notícias divulgadas pela mídia relacionadas com a Agricultura*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2012.
11. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); *MDS libera mais R\$ 60 milhões para o Programa de Aquisição de Alimentos*. FAMUP- Federação das Associações do Município da Paraíba, 22 de setembro de 2010. [Internet]. [acessado 2013 out 9]. Disponível em: http://www.famup.com.br/index.php?run=mostra_noticias&id=20321
12. Miranda AC, Gouveia N. Rio+20 e Saúde: que sustentabilidade queremos? *Cien Saude Colet* 2013; 17(6):páginas?.
13. Silva DE. *Restaurante Popular: uma forma de acesso à alimentação adequada* [dissertação]. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
15. Ferreira HS, et al. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. *Cien Saude Colet* 2013; no prelo.
16. Segall-Corrêa AM, Escamilla RP, Maranhã LK, Sampaio MFA. *Relatório técnico: Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/Rural*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
17. Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud Av* 2007; 21(60):143-154.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. [Internet]. [acessado 2012 out 20]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base2006e2007.pdf>
19. Gubert MB, Santos LMP. Determinantes da insegurança alimentar no Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde* 2009; 20(2):143-150.
20. Gubert MB, Benício MHD, Santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2010; 26(8):1595-1605.
21. Costa RS, Pereira RA, Vasconcellos MTL, Veiga GV, Marins VMR, Jardim BC, Gomes FS, Sichieri R. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Nutr* 2008; 21(Supl.):99-109.
22. Francielle RA. *Insegurança alimentar de beneficiários de programas de transferência de renda* [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
23. Panigassi G, Corrêa AMS, León LM, Escamilla RP, Sampaio MFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad Saude Publica* 2008; 24(10): 2376-2384.
24. Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de Insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nesta condição. *Cad Saude Publica* 2010; 26(1):41-49.
25. Coelho MFP, Tapajos LMS, Rodrigues M. *Políticas Sociais para o Desenvolvimento: Superar a Pobreza e Promover a Inclusão*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e Unesco; 2010.
26. Hoffmann R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. *Rev Nutr* 2008; 15(1):49-61.
27. Souza LM. *Fatores associados à insegurança alimentar nos domicílios da Região Nordeste do Brasil* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
28. Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). *Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil*. [Internet]. [acessado 2013 jan 9]. Disponível em: <http://www2.planalto.gov.br/consea/biblioteca/publicacoes/a-seguranca-alimentar-e-nutricional-e-o-direito-humano-a-alimentacao-adequada-no-brasil>
29. Carvalho FMA, Amorim SS, Silva MMS, Gomes ST. Investimento Social e Perfil dos Usuários do Primeiro Restaurante Popular de Belo Horizonte – MG. *Reuna* 2007; 12(2):21-37.
30. Carvalho AA. *Padrão de consumo de arranjos familiares e das pessoas sozinhas no Brasil: uma análise por gênero e estratos econômicos* [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

Artigo apresentado em 26/09/2013

Aprovado em 25/10/2013

Versão final apresentada em 27/10/2013

