

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – *CAMPUS*
DE FRANCISCOBELTRÃO, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE,
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

EMANUELE KELLI SAMAIA SILVA

**DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA
CORRELAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO
DO SUDOESTE DO PARANÁ**

FRANCISCO BELTRÃO – PR
(FEVEREIRO/2024)

EMANUELE KELLI SAMAIA SILVA

**DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM
DOENÇAS CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências Aplicadas à Saúde, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador(a): Dra. Franciele Ani Caovilla Follador

Co-orientador(a): Dra. Ana Paula Vieira

FRANCISCO BELTRÃO – PR
(FEVEREIRO/2024)

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Silva, Emanuele Kelli Samaia

Diagnóstico de segurança alimentar e sua correlação com doenças crônicas em um município do sudoeste do Paraná / Emanuele Kelli Samaia Silva; orientadora Franciele Ani Caovilla Follador; coorientadora Ana Paula Vieira. -- Francisco Beltrão, 2024.

75 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Francisco Beltrão) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, 2024.

1. Fome. 2. Estado de saúde. 3. Qualidade de vida. I. Caovilla Follador, Franciele Ani, orient. II. Vieira, Ana Paula, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

EMANUELE KELLI SAMAIA SILVA

DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DO SUDOESTE DO PARANÁ

Essa dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde e aprovada em sua forma final pelo(a) Orientador(a) e pela Banca Examinadora.

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a): Prof (a). Dr (a). Franciele Ani Caovilla Follador
UNIOESTE

Membro da banca: Prof (a). Dr (a). Wu Feng Chung
UNIOESTE

Membro da banca: Prof (a). Dr (a). Romilda de Souza Lima
UNIOESTE

FRANCISCO BELTRÃO, PR
Fevereiro/2024

AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Franciele Follador, minha orientadora, por todo apoio e disponibilidade durante as etapas da pesquisa e que contribuiu integralmente para o desenvolvimento desse projeto. Aos membros do Centro de Ciências da Saúde, que contribuíram até aqui, proporcionando os meios adequados para minha formação, à Secretária de Saúde de Francisco Beltrão que permitiu a realização da pesquisa e a todos que direta e indiretamente auxiliaram para que ela fosse realizada. De forma incondicional agradeço a Deus por todas as oportunidades concedidas a mim, pela força e tranquilidade nos momentos de dificuldades e à minha família que sempre me apoiou e se fez presente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação do grau de segurança alimentar entre os anos de 2023 e 2024.....	43
Tabela 2 – Correlações de <i>Spearman</i> entre variáveis sociodemográficas e clínica e pontuação da EBIA.....	45
Tabela 3 – Média dos domínios encontradas no questionário de qualidade de vida.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IAN – Insegurança alimentar e nutricional

ONU – Organização das Nações Unidas

SISVAN – Sistema de vigilância alimentar e nutricional

EBIA – Escala brasileira de insegurança alimentar

SAN – Segurança alimentar e nutricional

DHAA – Direito humano à alimentação adequada

DCNTs – Doenças crônicas não transmissíveis

PA – Pressão arterial

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Diagnóstico de segurança alimentar e sua correlação com doenças crônicas em um município do sudoeste do Paraná

Resumo

A insegurança alimentar e nutricional é um problema multifatorial que afeta boa parte da população mundial. Classifica-se em insegurança aqueles indivíduos que possuem dificuldades no acesso e aquisição de alimentos em quantidade e qualidade suficiente que garanta o direito à alimentação adequada e saudável de forma digna. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é um instrumento importante na verificação do grau de insegurança em que a família está inserida, podendo apresentar a classificação de segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada ou grave, levando em conta desde preocupações de uma escassez alimentar até casos mais preocupantes como a falta de alimentos por longos períodos. Considerando a profunda dimensão dessa problemática, a qualidade de vida e condições de saúde dos indivíduos também são afetadas podendo intensificar doenças crônicas pré-existentes. Dessa maneira, o objetivo da presente pesquisa é realizar o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional no município de Francisco Beltrão/PR. Trata-se de uma pesquisa quantitativa composta por homens/mulheres residentes no município de Francisco Beltrão/PR, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) CAE nº 62685922.0.0000.0107. Foi possível notar uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (82,9%), bem como maior classificação de segurança alimentar (72,1%), seguido de insegurança alimentar leve (22,5%). Além disso, houve alta incidência de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e depressão nos indivíduos entrevistados. Com relação às demais variáveis sociodemográficas, notou-se um menor grau de escolaridade, sendo o fundamental o mais apontado (41,4%). Considerando a autopercepção de qualidade de vida, todos os domínios foram classificados em “regular”. Houve, ainda, uma correlação

expressiva entre o grau de segurança alimentar e as condições de saúde, em que há uma maior presença de patologias, o que demonstra uma preocupação quanto ao cuidado alimentar desses indivíduos, tendo em vista que a maior prevalência é de doenças que necessitam de uma restrição alimentar adequada para seu controle. Assim, é de suma importância a estratificação e contenção do risco de insegurança alimentar e nutricional.

Palavras-chave: Fome; Estado de saúde; Qualidade de vida.

Diagnosis of food safety and its correlation with chronic diseases in a municipality in the southwest of Paraná

Abstract

Food and nutritional insecurity is a multifactorial problem that affects a large part of the world's population. Individuals who have difficulties in accessing and acquiring food in sufficient quantity and quality to guarantee the right to adequate and healthy food in a dignified manner are classified as insecure. The Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA) is an important instrument for verifying the degree of insecurity in which the family is inserted, and can present the classification of food security, mild, moderate or severe food insecurity, taking into account concerns of a shortage food even more worrying cases such as lack of food for long periods. Considering the profound dimension of this problem, the quality of life and health conditions of individuals are also affected and may intensify pre-existing chronic diseases. Therefore, the objective of this research is to carry out a diagnosis of food and nutritional security in the municipality of Francisco Beltrão/PR. This is a quantitative research composed of men/women living in the city of Francisco Beltrão/PR, the project was submitted and approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings of the State University of Western Paraná (UNIOESTE) CAE n°62685922.0. 0000.0107. It was possible to notice a higher prevalence of female individuals (82.9%), as well as a higher classification of food security (72.1%), followed by mild food insecurity (22.5%). Furthermore, there was a high incidence of diseases such as diabetes mellitus, systemic arterial hypertension and depression in the individuals interviewed. In relation to the other sociodemographic variables, a lower level of education was noted, with elementary school being the most mentioned (41.4%). Considering self-perception of quality of life, all domains were classified as "regular". There was also a significant correlation between the degree of food security and health conditions, in which there is a greater presence of pathologies, which demonstrates a concern regarding the nutritional care of these individuals,

considering that the highest prevalence is of diseases that require adequate dietary restriction to control them. Therefore, it is extremely important to stratify and contain the risk of food and nutritional insecurity.

Keywords: Hunger; Health condition; Quality of life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Contexto da Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil	16
1.2 Populações de risco para IAN	18
1.3 Insegurança alimentar como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)	22
1.4 Qualidade de vida e Segurança Alimentar	27
2. OBJETIVOS	29
2.1 Geral	29
2.2 Específicos	29
3. METODOLOGIA.....	30
3.1 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	30
3.2 Delineamento	31
3.3 Análise Estatística	31
3.4 Critérios de inclusão.....	32
3.5 Aspectos éticos	32
4. REFERÊNCIAS	33
5. DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE	39
6. ANEXOS	53
Anexo I – Aprovação do comitê de ética.....	53
Anexo II - Dados sociodemográficos, histórico socioeconômico e cultural	54
Anexo III – Escala brasileira de insegurança alimentar	59
Anexo IV - The World Health Organization Quality Of Live.....	61
Anexo V – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	65
Anexo VI – Comprovante de submissão	67

Anexo VII – Normas da revista Panamericana de Salud Pública	68
---	----

1. INTRODUÇÃO

A insegurança alimentar e nutricional (IAN) é um problema cada vez mais recorrente no Brasil e em diversos outros países. As adversidades que atingiram e ainda abalam a conjuntura social como a pandemia de Covid-19, guerras e mudanças climáticas, exercem efeito significativo nas questões alimentares. Nesse sentido, a fome no mundo ainda se encontra em um nível superior ao que existia antes da pandemia, representando entre 691 e 783 milhões de pessoas em situação de fome no ano de 2022. Na sub-região das Caraíbas, foi possível notar um aumento significativo entre os anos de 2021 e 2022, partindo de 14,7% para 16,3% da prevalência de subnutrição (FAO *et al.*, 2023).

Não é de hoje que esse assunto se mostra alarmante e traz preocupações relacionadas ao acesso à alimentação, às condições sanitárias dos alimentos consumidos e a possível relação entre insegurança alimentar e agravamento de doenças crônicas em diversas famílias (Garcia; Haddix; Barnett, 2018). Concomitante a isso, a IAN é observada quando o acesso à alimentação se encontra prejudicado, principalmente devido às questões socioeconômicas, impedindo que os indivíduos consigam se alimentar com dignidade (Bezerra *et al.*, 2020).

Esse cenário de gravidade mundial, levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a inserir problemas relacionados à insegurança alimentar e saúde em, pelo menos, dois dos dezessete objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) da agenda 2030. Com isso, a busca pela erradicação da pobreza, fome e a proteção do meio ambiente, se tornam uma pauta relevante a ser discutida e colocada em prática. Considerando ações relacionadas à situação alimentar, destacam-se os objetivos 2, referente à fome zero e agricultura sustentável e, ainda, o objetivo número 3, que aborda questões referentes à saúde e bem-estar (ONU Brasil, 2024).

Por outro lado, a incerteza da possibilidade de adquirir alimentos também é um fator característico da insegurança alimentar (Abdurahman *et al.*, 2021). Mesmo já estando presente na realidade de diversas famílias há muito tempo, é possível observar que após a grave pandemia causada pelo coronavírus a problemática se tornou ainda mais expressiva, devido a necessidade de isolamento social por longo período, bem como redução de vagas de emprego e, conseqüentemente, acesso defasado a fontes alimentares (Guilherme; Carvalho; Tabai, 2021).

Para analisar as condições de segurança alimentar no país, existem sistemas de informações que armazenam dados de saúde da população que apresentam essa funcionalidade, dentre os quais destaca-se o sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). Além disso, pesquisas nacionais e locais permitem a estratificação de grupos sociais e o reconhecimento das demandas individuais e coletivas da sociedade, a fim de auxiliar na elaboração e execução de políticas públicas. Dessa maneira, é imprescindível que ocorra um fortalecimento das ações vigentes para garantir sua distribuição de maneira eficaz e de acordo com as necessidades da população (Oliveira *et al.*, 2022).

Um dos instrumentos mais utilizados na investigação da situação de insegurança alimentar e nutricional das famílias brasileiras é a aplicação da escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA), uma escala que contém 14 perguntas relacionadas ao consumo alimentar dos indivíduos. Tal instrumento é facilitador na análise de alterações significativas no que se refere a oferta e capacidade de aquisição de gêneros alimentícios (Santos *et al.*, 2014).

A partir da percepção de insegurança alimentar, é possível monitorar e avaliar as ações já realizadas e as que ainda precisam ser implementadas para a garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN). Para mais, o propósito da utilização da EBIA é de verificar a prevalência de IAN na população, sendo uma ferramenta que contribui para mensuração da dimensão do acesso aos alimentos. É importante destacar, ainda, que essa escala como indicador de insegurança alimentar, é de extrema relevância por

medir, além da dificuldade de aquisição dos alimentos, as questões sociais e psicológicas (Kepple; Segall-Corrêa, 2011).

Ao mesmo tempo em que a IAN se mostra a principal causa da fome, pode-se dizer que essa classificação também representa um papel crítico na saúde dos indivíduos, visto que está diretamente associada às condições físicas e comportamentais de cada ser humano, podendo resultar no agravamento de doenças crônicas (Daly *et al.*, 2021; Norris *et al.*, 2023). Aliado a isso, tem-se observado que indivíduos que apresentam baixa escolaridade, patologias e, ainda, uma aceitação menor para tratamentos de saúde, tendem a apresentar uma pior percepção de qualidade de vida (Almeida-Brasil *et al.*, 2017).

Dessa maneira, a presente pesquisa busca realizar o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional no município de Francisco Beltrão/PR, contribuindo para o planejamento e desenvolvimento de intervenções que reflitam no cenário da SAN em âmbito familiar.

1.1 Contexto da Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil

A alimentação adequada e saudável é um direito humano garantido pela Constituição Federal, entretanto, tal virtude muitas vezes não é alcançada em diversas famílias. O direito humano à alimentação adequada (DHAA), apresenta em sua concepção dimensões fisiológicas relacionadas a questões nutricionais, além de seu teor quantitativo, a qualidade dos alimentos que os indivíduos possuem acesso. Além disso, é importante destacar as discrepâncias entre o acesso a alimentação em lares chefiados por homens e naqueles onde a figura feminina é central. Assim, nota-se que, na dimensão de gênero, mulheres apresentam maior prevalência de condições inadequadas quanto a alimentação (Fontolan; De Souza Lima, 2021).

No mesmo sentido, outros grupos sociais como a população negra, comunidades tradicionais e indígenas, também estão alocadas em situação de vulnerabilidade alimentar e social. Assim, é fundamental que o DHAA exerça sua função e promova o bem-estar físico, social, psicológico e, principalmente,

garanta o acesso regular a alimentos para esses grupos (Fontolan; De Souza Lima, 2022).

Esse cenário de inadequação é visto e definido como insegurança alimentar e nutricional, onde envolve diversos fatores que possuem a capacidade de influenciar no poder de aquisição e consumo alimentar na esfera individual ou coletiva (Trémea; Schaurich; Silva, 2020). A insegurança alimentar não se refere apenas a falta de acesso a alimentos com caráter quantitativo, mas também está inserida na conjuntura de irregularidades na qualidade dos alimentos consumidos. Assim, quando há uma oferta de produtos contaminados, deteriorados ou qualquer outra situação que torne o alimento impróprio para consumo, também se traduz em uma visível insegurança (Pereira; Franceschini; Priore, 2020).

Embora na teoria seja uma premissa das políticas públicas assegurar o direito à alimentação adequada, na prática muitas vezes não é o que ocorre. Com relação à renda familiar, para se alcançar as recomendações do guia alimentar para a população brasileira, que discorre sobre uma alimentação adequada e saudável, seria necessário que as famílias gastassem aproximadamente 58,1% a mais com alimentos quando a renda per capita é menor que US\$ 1,00/dia (Borges *et al.*, 2015).

Ao buscar avaliar a associação existente entre IAN e as condições de vida de famílias brasileiras, Araújo e colaboradores (2020) observaram uma prevalência de 39,4% de insegurança alimentar, sendo que destas, quase em sua totalidade houve dificuldades quanto a fechar o mês com renda ainda disponível, bem como insatisfação em relação às condições de moradia. Esse panorama, segundo os autores, é muito frequente e observado como causador de inadequações alimentares, tendo em vista que a renda é indispensável para a garantia da SAN.

Contudo, após o início da pandemia causado pelo novo Coronavírus, a situação de insegurança alimentar se tornou ainda mais perceptível no cotidiano de milhões de famílias, principalmente naquelas em situação de vulnerabilidade. Assim, pode-se observar que a necessidade de isolamento social, a diminuição de vagas de emprego, a redução da renda familiar se tornou um agravante a ser

considerado quando se observa o impacto da Covid-19 no nível de insegurança alimentar brasileira. (Neves *et al.*, 2021).

É válido destacar que essa realidade reflete em alterações nos aspectos físicos, sociais e psicológicos da qualidade de vida, que podem resultar a partir da fome, como situações de estresse, agravo de patologias e exclusão social. Ressalta-se, ainda, que mesmo indivíduos obesos podem sofrer os impactos da fome, revelando que tal condição não possui estereótipos (Abreu *et al.*, 2021).

A conjuntura social dos indivíduos implica diretamente na IAN, observa-se que diversas variáveis possuem capacidade de exercer influências significativas na vida das famílias. Assim, condições básicas como saneamento adequado e moradia, serviços de saúde e de educação são relevantes na análise de uma situação de insegurança alimentar. Isso se dá, pois, essas múltiplas condições podem modificar consideravelmente a qualidade de vida dos indivíduos. Ainda, torna-se primordial considerar os aspectos multifatoriais da IAN para se chegar a um diagnóstico preciso de insegurança e que não leve em consideração apenas o acesso aos alimentos, mas sim as condições desse acesso (Bezerra *et al.*, 2020).

Associado a isso, nota-se que o sistema de saúde também tende a ser afetado no contexto da insegurança alimentar. Indivíduos sem acesso regular a uma alimentação adequada e saudável estão mais propensos a desenvolver e/ou agravar condições crônicas de saúde, necessitando de mais tratamento médico. Assim, é fundamental prevenir e controlar a presença de insegurança alimentar em famílias que se encontram nessa situação de vulnerabilidade social e estão mais inclinados a enfrentar períodos de escassez e suas repercussões (Venci; Lee, 2018).

1.2 Populações de risco para IAN

A insegurança alimentar e nutricional afeta boa parte das minorias sociais, que incluem diversidades raciais, socioeconômicas, de escolaridade e habitação. Uma situação de extrema vulnerabilidade social como esta apresenta potencial de causar diversas complicações às famílias acometidas, dentre as

quais pode-se citar a maior chance de desenvolvimento de patologias crônicas, carências nutricionais e agravos de saúde. Mas não é apenas o físico do indivíduo que pode ser afetado, essa condição tem a capacidade de causar males associados também à saúde mental, ressaltando mais uma vez a necessidade de uma estratificação de risco que permita reconhecer esse problema de forma abrangente (Hazzard *et al.*, 2020).

É interessante observar que estudos apontam a raça e o sexo do indivíduo como um fator de risco para IAN, onde domicílios com chefes de família sendo mulheres negras, apresentam uma maior chance de apresentar algum grau de insegurança alimentar e nutricional (IA leve 25,6%, IA moderada ou grave 21,2%), enquanto a segurança alimentar foi mais expressiva e observada em residências onde homens brancos são os responsáveis (74,5%) (Silva *et al.*, 2022).

Ademais, considerando os apontamentos do II Inquérito VigiSAN, conduzido pela Rede PenSSAN (2023), o aumento da fome em indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, é de 70%. Nesse sentido, 65% dos lares chefiados por negros ou pardos convivem diariamente com as dificuldades de acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficientes. Além disso, nos lares que convivem diretamente com a fome, houve um aumento significativo entre os anos de 2020 e 2022, saindo de 10,4% para 18,1%, respectivamente.

Esses dados emitem um alerta fundamental ao fato de que a problemática da fome possui raça, cor e gênero, apontando para a maior vulnerabilidade enfrentada por negros, pardos, mulheres e comunidades tradicionais. Dessa maneira, é imprescindível que a estratificação do risco permita um olhar mais direcionados aqueles que necessitam de apoio para chegar ao DHAA, além dos demais direitos fomentados pela Constituição federal, como o de igualdade (Fontolan, De Souza Lima, 2022).

Ao avaliar os fatores associados a IA em famílias residentes na zona urbana de Tocantins, Schott e colaboradores (2020) observaram que dos 596 domicílios que compuseram a casuística, 77,2% eram representados por mulheres, 54,7% estavam na faixa etária entre 18 e 49 anos. Dentre a situação domiciliar, 63,4% estavam classificados em algum grau de IAN. Esses achados

corroboram com os dados encontrados por Dos Santos e colaboradores (2021), onde 87,2% dos domicílios eram chefiados por mulheres e 41,5% apresentavam idade igual ou inferior a 39 anos, além de uma maior proporção de insegurança alimentar (72,4%).

Ainda no que se refere a faixa etária, nota-se que o envelhecimento pode ter uma associação significativa com carências nutricionais e insegurança alimentar. O que inclui o condicionamento físico do idoso e sua autonomia, apoio social e econômico e, ainda, muitas vezes a dificuldade em se deslocar até supermercados para aquisição de gêneros alimentícios (Gajda; Jezewska-Zychowicz, 2023).

Os domicílios chefiados por mulheres tendem a apresentar uma maior presença de insegurança alimentar e nutricional. Considerando, ainda, a atuação do II inquérito VigiSAN (2023), 6 em cada 10 lares de responsabilidade feminina, conviviam com insegurança alimentar moderada (17,4%) e grave (19,3%), já naqueles chefiados por homens o percentual era de 13,1 e 11,9%, respectivamente. Essa estratificação de risco revela a dificuldade que mulheres encontram na efetivação do DHAA, o que pode ser justificado pelo exercício de trabalho informal, menores salários e/ou renda oriunda de programas sociais e a baixa escolaridade. Entretanto, mesmo em lares com renda mais elevada, quando separados por gênero, as mulheres apresentaram menor condição de segurança alimentar comparado ao sexo oposto.

Com relação ao grau de instrução, Schott *et al.* (2020) observaram que a baixa escolaridade dos chefes de família está associada à insegurança alimentar, sendo os anos de estudo correlacionado a casos de IA moderada ou grave. Esses dados demonstram que baixas condições de escolaridade podem refletir, mesmo que indiretamente, na situação financeira dos mesmos devido às oportunidades de emprego e, conseqüentemente, rendas menores que irão influenciar no poder de aquisição dos gêneros alimentícios (Bezerra; Olinda; Pedraza, 2017).

Diversos estudos revelam que a renda familiar é a principal variável relacionada à insegurança alimentar, mas é importante destacar que não é a única. Embora a renda seja, de fato, um fator marcante, outros aspectos

necessitam ser investigados para auxiliar no diagnóstico dessa situação. Essa grande gama de fatores contribuintes para IAN revelam as diferenças sociais marcantes vistas na sociedade e traz mais uma vez a importância de se obter instrumentos adequados de investigação e monitoramento de famílias vulneráveis (Panigassi *et al.*, 2008).

As condições de moradia, que por sua vez está associada à renda, são relevantes nesse monitoramento, com destaque para a quantidade de residentes em um mesmo domicílio. Nesses casos, há uma maior probabilidade de insegurança alimentar a partir do aumento nesse número, o que pode ser explicado logicamente pelo fato de que quanto maior a quantidade de pessoas em um mesmo lar, maiores serão os gastos com alimentos. Conjuntamente, indivíduos beneficiados por programas sociais se encontram em uma maior suscetibilidade em relação às dificuldades de alimentação mostrando que, embora haja programas com o intuito de amenizar tal realidade, muito ainda precisa ser melhorado (Bezerra; Olinda; Pedraza, 2017).

Além disso, indivíduos que possuem casa própria apresentam uma maior probabilidade de se encontrar em segurança alimentar, quando comparados àqueles que demandam de aluguéis e/ou financiamentos. O que pode ser associado ao gasto mensal que manter uma residência necessita, especialmente na ausência de um lar próprio, necessitando reservar um valor mensal de seus ganhos para essa despesa fixa. Em um estudo que objetivou caracterizar os fatores determinantes de IA, foi possível notar que 69,2% dos indivíduos que possuem casa própria se encontravam em segurança alimentar, enquanto apenas 11,5% dos que pagavam aluguel se encontravam nessa classificação (Dos Santos *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, é possível notar que não é apenas um grupo seletivo de indivíduos que apresentam risco de estar em IAN, mas sim uma numerosa parcela da população com diversas condições que implicam direta ou indiretamente nessa situação (Abosy; Grossman; Dong, 2022). Sendo assim, é indispensável considerar a magnitude da problemática e todas as variáveis em que as famílias estão inseridas, a fim de minimizar e reduzir danos e, sobretudo,

as despesas com cuidados em saúde derivadas dessa insegurança alimentar (Dean; Francês; Mortensen, 2020).

1.3 Insegurança alimentar como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs)

O conceito de insegurança alimentar e nutricional vai muito além da falta de acesso aos alimentos, engloba conjuntamente o consumo de alimentos considerados inadequados ou que possam prejudicar a saúde do indivíduo. Nesse sentido, faz-se necessário questionar se tal complicação poderia ser um dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ou, ainda, um agravamento dessas patologias, visto que a alimentação inadequada é ponto primordial para a evolução de doenças como obesidade e diabetes, por exemplo (Himmelgreen *et al.*, 2022).

A quantificação da IAN nas famílias é de difícil controle, visto que em um mesmo período há possibilidade que esses indivíduos entrem e saiam diversas vezes dessa condição, sendo custosa a classificação de uma insegurança alimentar crônica ou aguda. Além disso, o contexto habitacional do indivíduo, se está inserido na zona urbana ou rural e as formas utilizadas na busca por amenizar os impactos da insegurança alimentar, é fundamental para se conhecer as consequências desse problema (Brown *et al.*, 2019).

A insegurança alimentar e nutricional tem o potencial de afetar o estado de saúde dos seres humanos, considerando o fato de que muitas vezes envolve uma dieta inadequada, de má qualidade e desbalanceada nutricionalmente. Ainda, observa-se que o consumo desajustado de alimentos pode ser visto como um fator de risco para asma, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e obesidade, causando, ainda, um risco maior de morbimortalidade (Krasnovsky *et al.*, 2023). Assim, ocasionando um mecanismo de danos à saúde em âmbito familiar e/ou individual (Daly *et al.*, 2021).

Quando se fala em IAN logo se pensa em indivíduos desnutridos, essa observação ocorre boa parte das vezes, mas também é preciso considerar a obesidade como reflexo dessa insegurança. Isso ocorre pois geralmente há um

consumo excessivo de energia oriunda de alimentos ultraprocessados e fontes de gordura o que, conseqüentemente, pode contribuir para o aumento de peso e adiposidade (Himmelgreen *et al.*, 2022). Considerando esse panorama, é válido destacar as diversas lacunas que refletem essa temática, que permeiam desde o acesso aos alimentos, até a estratificação de uma população considerada de risco (Brown *et al.*, 2019).

Tendo em vista essas condições, Hernandez e colaboradores (2017) observaram uma maior associação entre obesidade ou sobrepeso em mulheres que se encontravam em insegurança alimentar. Alguns mecanismos de privação e compulsão alimentar podem explicar a presença desse estado nutricional em famílias que apresentam graus mais elevados de insegurança alimentar. A justificativa é a insuficiência de alimentos em determinados momentos, onde ocorre a privação alimentar e períodos com retorno da capacidade de aquisição, causando episódios de consumo excessivo para remediar a situação vivida anteriormente (Thomas; Lammert; Beverly, 2021).

Como visto, indivíduos fora da faixa de segurança alimentar e nutricional muitas vezes não possuem condições de acesso à uma alimentação que supra suas necessidades e que seja adequadamente equilibrada. Um consumo alimentar baseado em alimentos de alta densidade energética e pouca qualidade nutricional tem sido vista como preditora do aumento de peso, estando relacionada com uma maior adiposidade. Além disso, esse impasse alimentar também exerce influência direta sobre o crescimento saudável de crianças, o que pode representar a longo prazo uma predisposição para obesidade na vida adulta (Torres; Castillo-Chávez; Ruíz-Gonzalez, 2021).

Esses achados também foram observados por Carvajadal-Aldaz e colaboradores (2022), que apontam o excesso de peso como resultado de um nível de IAN moderado, caracterizado pela redução não apenas na quantidade, mas também na qualidade dos alimentos ingeridos, o que pode trazer múltiplas carências nutricionais, além de um risco maior para obesidade em adultos. Além disso, a fisiologia da obesidade tem um impacto marcante nesse cenário, visto que ao passar por períodos de restrições energéticas o organismo tende a se

adaptar e acumular gordura no tecido adiposo como forma de defesa em uma possível escassez alimentar (Christoffersen *et al.*, 2021).

Doenças cardiovasculares também têm sido associadas à essa condição, devido seus fatores de predisposição como hipertensão arterial (HA), obesidade e diabetes mellitus. É visto, ainda, que para aquelas pessoas que se encontram em um nível muito elevado de insegurança alimentar, há um aumento significativo na chance de desenvolvimento de cardiopatias, bem como desfecho de mortalidade por essas causas (Thomas; Lammert; Beverly, 2021). Além disso, é observado que indivíduos hipertensos apresentam 51% de chances para IAN, revelando a necessidade de adequação do consumo alimentar desses pacientes a fim de minimizar os riscos de doenças cardiovasculares futuramente (Mendy *et al.*, 2018).

Outras cardiopatias são observadas na presença de insegurança alimentar, podendo-se destacar a doença cardíaca coronariana, insuficiência cardíaca congestiva e, como já relatado, a hipertensão arterial. Assim, uma alimentação cardioprotetora é indispensável para o acompanhamento desses pacientes, embora quando algum nível de IAN é realidade no domicílio dos mesmos, se torna ainda mais difícil manter condutas que auxiliem nesse processo (Te Vazquez *et al.*, 2021). Evidências apontam que há uma associação entre insegurança alimentar e doenças cardiovasculares, principalmente em famílias cujo grau de IAN se encontra muito elevado (Liu; Eicher-Miller, 2021).

Miguel e colaboradores (2020) encontraram em sua revisão sistemática que a insegurança alimentar estava pontualmente relacionada com fatores de risco cardiometabólicos, incluindo a hipertensão arterial e dislipidemias em indivíduos adultos e idosos. Além disso, nesse mesmo estudo, os autores relatam que o estresse causado pela privação e dificuldades no acesso a alimentos adequados pode resultar no aumento do cortisol no organismo, podendo influenciar no acúmulo de gordura no tecido adiposo e, por consequência, alterar os níveis da pressão arterial (PA).

A hipertensão arterial elevada também se faz presente em crianças e adolescentes em IAN. Assim, ao avaliar essa relação South e colaboradores (2019) constataram que a PA na faixa etária de 8 a 17 anos estava mais elevada

quando em insegurança alimentar, comparado àqueles em que se encontravam em segurança alimentar domiciliar (15,3 e 12,1%, respectivamente). Isso revela a dimensão desta associação, que não está designada apenas a uma parte da população, mas sim em diversas perspectivas e cenários, transpassando desde a infância até a vida adulta.

Em concordância, é possível notar que um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma condição crônica ao mesmo tempo. Nesse sentido, Leung *et al.* (2020) constataram a partir de suas buscas que 54% dos indivíduos avaliados conviviam com duas ou mais condições crônicas de saúde, dentre as quais pode-se destacar diabetes, asma, distúrbios renais e dores crônicas, além de apresentarem um estado geral de saúde inferior quando comparado a indivíduos em segurança alimentar.

É importante destacar que o consumo de alimentos inadequados e de alto valor energético, bem como menor ingestão de frutas e hortaliças, também está relacionado ao pior prognóstico de diabetes. Vale salientar, que esse fator não irá agir sozinho para o comprometimento da saúde dos indivíduos, mas sim aumentar a probabilidade de agravo dessa condição clínica (Gucciardi *et al.*, 2014). Para mais, quando relacionados indivíduos diabéticos com algum grau de IAN, o resultado foi um crescimento nas chances de necessitarem de atendimento médico (Thomas; Lammert; Beverly, 2021).

Casos de hiper e hipoglicemia se fazem mais presentes em indivíduos que se encontram em algum grau de insegurança alimentar, o que tende a comprometer significativamente o controle glicêmico. É válido ressaltar que essa problemática não envolve apenas a variável de aquisição de alimentos, mas também casos de compulsão alimentar originados por receio de uma privação alimentar futura, a baixa renda para aquisição de medicamentos e tratamento adequado e, ainda, presença de estresse e depressão. Em indivíduos diabéticos a IAN está relacionada com condições alimentares desfavoráveis, aquisição de alimentos considerados mais baratos, os quais apresentam alto teor energético e a baixa concentração de nutrientes se torna mais expressiva (Daly *et al.*, 2021).

A classificação em insegurança alimentar está associada a uma maior probabilidade de uso da insulina por sujeitos diabéticos (36%), bem como

maiores resultados no exame de hemoglobina glicada (média de 9,11 mmol) quando comparados com indivíduos em segurança alimentar. Mais uma vez esse fato pode ser justificado pela dificuldade no controle glicêmico causado pelo consumo de alimentos inadequados, sem foco na qualidade nutricional e individualidade do contexto em que o indivíduo está inserido (Shalowitz *et al.*, 2017). Dados semelhantes foram observados por Walker *et al.* (2018), onde a insegurança alimentar e nutricional exerceu efeito direto no pior controle glicêmico, entretanto, não houve associação entre IAN e autocuidado, revelando que muitas vezes há o direcionamento individual com foco em apenas algumas questões da vida.

Apesar de diversos estudos apontarem essa associação entre insegurança alimentar e diabetes, existem aqueles em que está relação não é consistente. Beltrán e colaboradores (2022) através de sua meta-análise não encontraram resultados clinicamente significativos ao investigar a relação entre IAN, hiperglicemia e diabetes tipo 2, mesmo utilizando como parâmetro os valores de hemoglobina glicada em adultos. Porém, com relação ao diabetes tipo 2 autorrelatado, houve uma associação com IAN nessa mesma faixa etária. Isso revela que pode ocorrer um agravamento no controle glicêmico desses indivíduos quando os mesmos apresentam algum grau de insegurança alimentar, entretanto, não há uma associação com o diagnóstico de diabetes.

Esse contraste de resultados se justifica pela dimensão multifatorial da insegurança alimentar e nutricional, onde a complexidade da estratificação do risco fornece diversas lacunas a se investigar (Beltrán *et al.*, 2022). As diferenças sociais onde o indivíduo está inserido é uma peça-chave no agravamento de doenças crônicas, pois situações de IAN refletem diretamente na qualidade da dieta e, conseqüentemente, no aumento da adiposidade e alterações de marcadores bioquímicos (Crowder; Beckie; Stern, 2021). Além de tudo, é evidente que a escassez de recursos financeiros para a aquisição de alimentos adequados é um dos pilares da má nutrição e condições clínicas preocupantes como obesidade e outras doenças crônicas. Sendo evidente a necessidade de novas formas de quantificação do risco para IAN e prevenção de doenças crônicas em âmbito familiar e individual (Daly *et al.*, 2021).

1.4 Qualidade de vida e Segurança Alimentar

A qualidade de vida abrange os aspectos multidimensionais que envolvem o ser humano. Nesse sentido, cabe afirmar que essa variável se refere aos fatores sociais, ambientais, psicológicos, econômicos e físicos, resultando em uma condição geral de bem-estar ou mal-estar (Almeida-Brasil *et al.*, 2017). A relação entre alimentação adequada e saudável e qualidade de vida vem se mostrando cada vez mais forte, evidenciando que a insegurança alimentar é capaz de afetar os diversos níveis sociais em que o indivíduo está inserido, prejudicando desde suas questões físicas e econômicas até suas condições psicológicas (Silva, 2021).

Ao avaliar a relação entre qualidade de vida e SAN, Soares (2016) observou que os domínios relacionados à saúde, segurança física e questões econômicas apresentaram uma menor pontuação, ou seja, uma pior qualidade. Além disso, também foi possível notar uma melhor qualidade de vida nas residências onde residiam uma quantidade menor de pessoas, o que pode ser justificado por uma melhor distribuição do espaço físico, renda e alimentos. Esses achados corroboram com os encontrados por Araújo *et al.* (2020), onde aqueles indivíduos classificados em IAN apresentaram uma pior condição em sua moradia, bem como em serviços coletivos como de esgoto e saúde.

É perceptível, ainda, que a relação entre qualidade de vida e SAN pode ser observada em todas as faixas etárias. Em adolescentes, Molon e colaboradores (2022) notaram escores menores no que se refere à saúde e estado emocional quando classificados em insegurança alimentar. Em indivíduos mais velhos o cenário não é diferente, sendo o envelhecimento um fator de risco para insegurança alimentar e, conseqüentemente, agravos nutricionais (Gajda; Jezewska-Zychowicz, 2023).

A qualidade de vida também pode ser afetada por doenças crônicas que comprometem o estilo de vida e padrão alimentar dos indivíduos. Assim, indivíduos com hipertensão arterial tendem a enfrentar alterações significativas

de comportamento, o que pode resultar em piores condições de saúde mental, como insegurança, ansiedade e até mesmo tristeza (Borges *et al.*, 2020). Já em idosos portadores de diabetes, foi possível notar um maior comprometimento da qualidade de vida considerando a capacidade funcional e estado de saúde dos mesmos (Queiroz *et al.*, 2018).

Embora diversas variáveis estejam envolvidas no processo de bem-estar e individual e coletivo, é válido ressaltar que o acesso a alimentos, bem como o processo de escolha alimentar, está diretamente relacionado com comportamento alimentar, muitas vezes resultando em impactos na percepção de qualidade de vida dos mesmos (Teles; Miotto, 2022). Nesse sentido, a busca pela garantia do direito humano a alimentação adequada, tem suas diretrizes atreladas também à qualidade de vida, não há segurança alimentar sem considerar todas as variáveis que a envolvem, inclusive o bem-estar físico, social e psicológico, pois alimentar-se é um ato que vai além da ingestão de nutrientes (Viero; Blümke, 2016).

Logo, observa-se que o ambiente onde o indivíduo está inserido exerce grande influência em sua percepção de qualidade de vida, uma vez que irá refletir diretamente em seu acesso à saúde, educação, saneamento básico e moradia. Assim, uma menor pontuação no domínio ambiente, infere à uma menor qualidade de vida em determinados territórios, onde as condições sociais são desfavoráveis (Siqueira *et al.*, 2022).

Dessa maneira, ao considerar que a SAN envolve muito mais que o acesso a alimentos, abre-se uma ampla possibilidade de análise entre as demais vertentes e sua associação com uma melhor ou pior qualidade de vida. Sendo assim, é fundamental garantir a busca pelos direitos fundamentais de dignidade humana em busca de uma melhor forma de viver (Silva, 2021).

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional no município de Francisco Beltrão/PR.

2.2 Específicos

- Medir diretamente a percepção e prevalência de insegurança alimentar em nível domiciliar na população urbana e rural;
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e bem-estar;
- Construir um diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional do município;
- Identificar segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco nutricional;
- Investigar a relação entre insegurança alimentar e presença de doenças crônicas na população;
- Contribuir para a SAN no âmbito local, municipal, estadual e federal.

3. METODOLOGIA

O estudo empírico é de natureza quantitativa, com coleta de dados primários e secundários e de caráter transversal. A casuística foi constituída por chefes de família, atendidos em Unidades de Saúde de seu território, no município de Francisco Beltrão, PR.

Os dados de fontes secundárias foram: (1) verificar as Unidades de Saúde do município e o número de famílias por domicílio e usuários de acordo com a estratificação do território. Os dados foram buscados junto à Secretária Municipal de Saúde de Francisco Beltrão/PR, os quais foram fornecidos levantamentos relacionados a quantidade de famílias atendidas por Unidade de Saúde, assim, foi possível realizar a estratificação da casuística por territórios.

3.1 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Inicialmente foram coletados dados sociodemográficos e clínicos através de uma entrevista adaptada de Rossi, Caruso e Galante (2015). A partir dessa entrevista, também foi possível observar a prevalência de doenças crônicas e comorbidades dos entrevistados ao utilizar o relato presente no item que corresponde à histórica clínica e de saúde. Para o diagnóstico de SAN das famílias, foi aplicada a escala brasileira de medida de insegurança alimentar. Trata-se de um instrumento adaptado à realidade brasileira a partir do Indicador Cornell - projeto desenvolvido pela Universidade de Cornell (EUA) visando estudar de maneira direta a percepção e experiência com a fome (Brasil, 2014; Segal-Corrêa, 2007).

A escala EBIA possui um total de 14 questões, que devem ser respondidas de maneira afirmativa ou negativa, sendo as respostas negativas pontuadas com 0 e as positivas pontuadas com 1. A pontuação final gerará uma das seguintes classificações: Segurança alimentar (0 respostas positivas); IAN leve (entre 1 e 5 respostas positivas); IAN moderada (entre 6 e 9 respostas positivas); IAN grave (entre 10 e 14 respostas positivas).

A interpretação descritiva das classificações, conforme descrito por Segal-Corrêa (2007), são as seguintes: Segurança Alimentar - Não há restrição

alimentar de qualquer natureza, nem mesmo a preocupação com a falta de alimentos no futuro; IAN leve - Não se observa fome entre o grupo familiar, e o aspecto mais afetado é a qualidade dos hábitos alimentares, somado à preocupação de que os alimentos acabem no futuro próximo; IAN moderada - À partir deste nível, começa apresentar-se restrição alimentar quantitativa para os adultos da família; IAN grave - A restrição alimentar é de tal ordem que é observada inclusive entre as crianças da família.

Já para a avaliação da qualidade de vida dos entrevistados, foi utilizado o questionário *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – bref)* desenvolvido em 1996 pelo grupo de pesquisa da Organização Mundial da Saúde e traduzido para o português por Fleck e colaboradores (2000). Esse instrumento apresenta perguntas relacionadas a aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais em que os indivíduos estão inseridos, trazendo uma verificação completa da qualidade de vida. Assim, as respostas variam em uma escala *Likert* de 1 a 5, onde se observa que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (Almeida-Brasil *et al.*, 2017).

A aplicação dos questionários teve início em janeiro de 2023 e foi finalizada em fevereiro de 2024.

3.2 Delineamento

A casuística foi estratificada por território das unidades de saúde de Francisco Beltrão, incluindo zona urbana e rural. Para determinação da casuística, considerou-se o número de habitantes do município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Posteriormente, o cálculo amostral foi realizado para se chegar a uma população representativa do município de Francisco Beltrão. Seguindo o cálculo estatístico, 1077 pessoas foram entrevistadas para alcançar o nível de significância de 95%. Para cada unidade de saúde foi realizado cálculo de estratificação, a fim de verificar a quantidade de indivíduos a serem entrevistados em cada território.

3.3 Análise Estatística

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 23)*, sendo realizadas

análises descritivas dos resultados sociodemográficos e escala EBIA, estabelecendo valores de frequência em porcentagens e médias. Por não seguir uma distribuição normal, foram executadas correlações de *Spearman* em variáveis socioeconômicas e EBIA. A qualidade de vida foi classificada a partir da média de respostas para cada domínio do questionário.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo mulheres/homens chefe de família atendidos em unidades básicas de saúde de seu território e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

3.5 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) CAE nº 62685922.0.0000.0107.

4. REFERÊNCIAS

ABDURAHMAN, A. *et al.* Association of Diet Quality and Food Insecurity with Metabolic Syndrome in Obese Adults. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 12, n. 138, p. 1-8, 2021.

ABOSY, J. A.; GROSSMAN, A.; DONG, K. R. Determinants and Consequences of Food and Nutrition Insecurity in Justice-Impacted Populations. **Current Nutrition Reports**, v. 11, s.n., p. 407-415, 2022.

ABREU, A. M. *et al.* Conjunctural hunger and structural obesity in the global scenario: reflections on what Covid-19 masks reveal. **Revista de Nutrição**, v. 34, s.n., p. 1-10, 2021.

ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1705-1716, 2017.

ARAÚJO, M. L.; NASCIMENTO, D. R.; LOPES, M. S.; PASSOS, C. M.; LOPES, A. C. S. Condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da insegurança alimentar. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, s.n., p. 1-17, 2020.

BELTRÁN, S. *et al.* Food insecurity, type 2 diabetes, and hyperglycaemia: A systematic review and meta-analysis. **Endocrinology, Diabetes e Metabolism**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2022.

BEZERRA, T. A.; OLINDA, R. A.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 637-651, 2017.

BEZERRA, M. S. *et al.* Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3833, 2020.

BORGES, C. A.; CLARO, R. M.; MARTINS, A. P. B.; VILLAR, B. S. Quanto custa para as famílias de baixa renda obterem uma dieta saudável no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 137-148, 2015.

BORGES, B. K. A.; SANTANA, J. B. S.; CARDOSO, P. B.; SANTOS, T. A. X. Avaliação da qualidade de vida de hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de Montes Claros – Minas Gerais. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 9, n. 2, p. 4-12, 2020.

BRASIL. Estudo Técnico no 01/2014 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar-EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança

Alimentar e Nutricional. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação**, Brasília, DF. 2014.

BROWN, A. G. M. *et al.* Food insecurity and obesity: research gaps, opportunities, and challenges. **Translational Behavioral Medicine**, v. 9, n. 5, 981-987, 2019.

CARVAJAL-ALDAZ, D.; CUCALON, G.; ORDONEZ, C. Food insecurity as a risk factor for obesity: A review. **Frontiers in Nutrition**, v. 9, s.n., p. 1-5, 2022.

CHRISTOFFERSEN, B. O. *et al.* Beyond appetite regulation: Targeting energy expenditure, fat oxidation, and lean mass preservation for sustainable weight loss. **Obesity (Silver Spring)**, v. 30, n. 4, p. 841-854, 2022.

CROWDER, S. L.; BECKIE, T.; STERN, M. A Review of Food Insecurity and Chronic Cardiovascular Disease: Implications during the COVID-19 Pandemic. **Ecology of Food and Nutrition**, v. 60, n. 5, p. 1-14, 2021.

DALY, A.; SAPRA, A.; ALBERS, C. E.; DUFNER, A. M.; BHANDARI, P. Food Insecurity and Diabetes: The Role of Federally Qualified Health Centers as Pillars of Community Health. **Cureus**, v. 13, n. 3, p. 1-12, 2021.

DEAN, E. B.; FRANCÊS, M. T.; MORTENSEN, K. Food insecurity, health care utilization, and health care expenditures. **Health Services Research**, v. 2, n. 2, p. 883-893, 2020.

DOS SANTOS, R. C.; SOTTERO, S. C. B.; SÁ, C. C. R.; CHAGAS, S. C.; PEREIRA, K. L. S. Insegurança Alimentar e perfil socioeconômico de domicílios acompanhados por equipes de saúde da família. **Demetra**, v. 16, s.n., p. 1-19, 2021.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2023. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. **Rome, FAO**. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cc3017en> Acesso em: 07 dez. 2023.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref” Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FONTOLON, M. V.; DE SOUZA LIMA, R. Direito Humano à Alimentação Adequada: uma visão holística. **Revista Faz Ciência**, v. 23, n. 37, p. 79-106, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.48075/rfc.v23i37.27036> Acesso em: 07 dez. 2023.

FONTOLON, M. V.; DE SOUZA LIMA, R. A dimensão étnico-racial do Direito Humano à Alimentação Adequada. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33649>
Aceso em: 07 dez. 2023.

GAJDA, R.; JEZEWSKA-ZYCHOWICZ, M. Relationship between Food Insecurity and Nutritional Risk among Older Adults in Poland - A Preliminary Study. **Nutrients**, v. 15, n. 14, p. 1-15, 2023.

GARCIA, S. P.; HADDIX, A.; BARNETT, K. Incremental Health Care Costs Associated With Food Insecurity and Chronic Conditions Among Older Adults. **Preventing Chronic Disease**, v. 15, n. 108, p. 1-11, 2018.

GUCCIARDI, E.; VAHABI, M.; NORRIS, N.; MONTE, J. P. D.; FARNUM, C. The Intersection between Food Insecurity and Diabetes: A Review. **Current Nutrition Reports**, v. 3, n. 4, p. 324–332, 2014.

GUILHERME, R. A. M.; CARVALHO, E. P.; TABAI, K. C. O impacto da pandemia da covid-19 na (in)segurança alimentar da população brasileira sob a ótica intercultural e interdisciplinar. **Faz Ciência**, v. 23, n. 37, p.165-182, 2021.

HAZZARD, V. M.; LOTH, K. A.; HOOPER, L.; BECKER, C. B. Food Insecurity and Eating Disorders: a Review of Emerging Evidence. **Current Psychiatry Reports**, v. 22, n. 74, p. 2-9, 2020.

HERNANDEZ, D. C.; REESOR, L. M.; MURILLO, R. Food insecurity and adult overweight/obesity: Gender and race/ethnic disparities. **Appetite**, v. 117, s.n., p. 373–378, 2017.

HIMMELGREEN, D. *et al.* Using syndemic theory to understand food insecurity and diet-related chronic diseases. **Social Science & Medicine**, v. 295, s.n., p. 113124, 2022.

Insegurança alimentar e desigualdades de raça/cor da pele e gênero [livro eletrônico]: II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: Suplemento II / **Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN**. – 1. ed. – São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2023.
Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/> Acesso em: 10 out. 2023.

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.

KRASNOVSKY, L. *et al.* A Scoping Review of Nutritional Biomarkers Associated with Food Security. **Nutrients**, v. 15, n. 16, p. 1-30, 2023.

- LEUNG, C. W. *et al.* Food insecurity is associated with multiple chronic conditions and physical health status among older US adults. **Preventive Medicine Reports**, v. 20, s.n., p. 1-4, 2020.
- LIU, Y.; EICHER-MILLER, H. A. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 23, n. 24, p. 1-12, 2021.
- MENDY, V. L. *et al.* Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk Factors among Mississippi Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 9, p. 2016, 2018.
- MIGUEL, E. S. *et al.* Association between food insecurity and cardiometabolic risk in adults and the elderly: A systematic review. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 2, p. 1-7, 2020.
- MOLON, L.; WENDT, G. W.; FOLLADOR, F. A. C.; ARRUDA, G.; VIEIRA, A. P. Insegurança alimentar e Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 43-49, 2022.
- NEVES, J. A. *et al.* Unemployment, poverty, and hunger in Brazil in Covid-19 pandemic times. **Revista de Nutrição**, v. 34, s.n., p. 1-7, 2021.
- NORRIS, K.; PITTS, S. J.; REIS, H.; HAYNES-MASLOW, L. A Systematic Literature Review of Nutrition Interventions Implemented to Address Food Insecurity as a Social Determinant of Health. **Nutrients**, v. 15, n. 15, p. 1-19, 2023.
- OLIVEIRA, A. S. B.; CASEMIRO, J. P.; BRANDÃO, A. L.; PINTO, A. M. S. Monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 631-640, 2022.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Objetivos de desenvolvimento sustentável: sobre o nosso trabalho para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável no Brasil. **ONU – BR**, 2024. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em 27 fev. 2024.
- PANIGASSI, G. *et al.* Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2377, 2008.
- PEREIRA, N.; FRANCESCHINI, S.; PRIORE, S. Qualidade dos alimentos segundo o sistema de produção e sua relação com a segurança alimentar e nutricional: revisão sistemática. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 4, p. 1-15, 2020.

QUEIROZ, A. L. C.; SILVA, R. S.; LIMA, M. A.; SANTANA, R. P. Analysis of the quality of life of elderly people with diabetes mellitus even in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 12719–12735, 2020.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação nutricional: novas perspectivas** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SANTOS, L. P.; COSTA, M. G.; SANTOS, J. V.; LINDEMANN, I. L.; GIGANTE, D. P. Comparação entre duas escalas de segurança alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 279-286, 2014.

SCHOTT, E.; REZENDE, F. A. C.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, A. Q.; FRANCESCHINI, S. C. C. Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, s.n., p. 1-13, 2020.

SEGAL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v. 21, n. 60, p. 143-154, 2007.

SHALOWITZ, M. U. *et al.* Food security is related to adult type 2 diabetes control over time in a United States safety net primary care clinic population. **Nutrition & Diabetes**, v. 7, n. 5, p. 1-6, 2017.

SILVA, R. T. O. **O impacto da insegurança alimentar na redução da qualidade de vida: um estudo longitudinal no interior do semiárido nordestino**. 2021. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Facisa) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

SILVA, S. O. *et al.* A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, p. 1-14, 2022.

SIQUEIRA, J. M. *et al.* Qualidade de vida e Atenção Primária em Saúde e seus desdobramentos para a cobertura da Atenção Básica- Um estudo no bairro da Penha, Rio de Janeiro. **APS em Revista**, v. 4, n. 3, p. 166-176, 2022.

SOARES, M. E. S. M. **Qualidade de vida e segurança alimentar: estudo de base populacional no município de João Pessoa-PB**. 2016. 95 f. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SOUTH, A. M.; PALAKSHAPPA, D.; BROWN, C. L. Relationship between Food Insecurity and High Blood Pressure in a National Sample of Children and Adolescents. **Pediatr Nephrol**. v. 34, n. 9, p. 1-14, 2019.

TE VAZQUEZ, J.; FENG, S. N.; ORR, C. J.; BERKOWITZ, S. A. Food Insecurity and Cardiometabolic Conditions: a Review of Recent Research. **Current Nutrition Reports**, v. 10, n. 4, p. 243–254, 2021.

TELES, B. K. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Qualidade de vida de idosos comunitários atendidos pela Atenção Básica: uma revisão integrativa da literatura. **Revista APS**, v. 25, n. 2, p. 459-472, 2022.

THOMAS, M. K.; LAMMERT, L. J.; BEVERLY, E. A. Food Insecurity and its Impact on Body Weight, Type 2 Diabetes, Cardiovascular Disease, and Mental Health. **Current Cardiovascular Risk Reports**, v. 15, n. 9, p. 15, 2021.

TORRES, R. M.; CASTILLO-CHÁVEZ, Á. M.; RUÍZ-GONZALEZ, S. Inseguridad alimentaria y su asociación con la obesidad y los riesgos cardiometabólicos en mujeres mexicanas. **Nutrición Hospitalaria**, v. 38, n. 2, p. 388-395, 2021.

TRÉMEA, E.; SCHAURICH, A. C. S.; SILVA, E. K. S. O direito humano à alimentação adequada e à segurança alimentar e nutricional no contexto das políticas alimentares brasileiras. **Revista Quero Saber**, v.1, n.2, 2020.

VENCI, B. J.; LEE, S.Y. Functional limitation and chronic diseases are associated with food insecurity among U.S. adults. **Annals of Epidemiology**, v. 28, n. 3, s.p., 2018.

VIERO, M. G.; BLÜMKE, A. C. A sociabilidade exercida em torno do comer: um estudo entre universitários. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 14, p. 865-878, 2016.

WALKER, R. J.; WILLIAMS, J. S.; EGEDE, L. E. Pathways between food insecurity and glycaemic control in individuals with type 2 diabetes. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 17, p. 3237-3244, 2018.

5. DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Resumo

Objetivo: Realizar o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional do município de Francisco Beltrão/PR, bem como relacionar a classificação de insegurança alimentar com a qualidade de vida dos indivíduos e a presença de doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa composta por homens/mulheres residentes no município de Francisco Beltrão/PR, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Análises descritivas dos resultados sociodemográficos e Escala EBIA foram realizadas, estabelecendo valores de frequência em porcentagens e médias. Foram executadas correlações de *Spearman* em variáveis socioeconômicas e EBIA. A qualidade de vida foi classificada a partir da média de respostas para cada domínio do questionário. **Resultados:** Foi possível notar uma maior prevalência de indivíduos do sexo feminino (82,9%), bem como maior classificação de segurança alimentar (72,1%), seguido de insegurança alimentar leve (22,5%). Além disso, houve alta incidência de doenças como diabetes, hipertensão e depressão nos indivíduos entrevistados. Aspectos como renda, escolaridade e número de moradores por domicílio tiveram correlação com a pior classificação de IAN, ou seja, quanto pior foram esses indicadores, maior foi a pontuação na escala EBIA. **Conclusões:** As condições de saúde e qualidade de vida observadas demonstram uma preocupação quanto ao cuidado alimentar desses indivíduos, tendo em vista que a maior presença é de doenças que necessitam de uma restrição alimentar adequada para seu controle. Assim, é de suma importância a estratificação e controle do risco de insegurança alimentar e nutricional.

Palavras-chave: Segurança Alimentar; Doenças crônicas; Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To carry out a diagnosis of food and nutritional security in the municipality of Francisco Beltrão/PR, as well as to relate the classification of food insecurity with the quality of life of individuals and the presence of chronic non-communicable diseases. **Method:** This is a quantitative research composed of men/women living in the city of Francisco Beltrão/PR, the project was submitted and approved by the Ethics Committee for Research with Human Beings. Descriptive analyzes of the sociodemographic results and EBIA Scale were carried out, establishing frequency values in percentages and averages. Spearman correlations were performed on socioeconomic variables and EBIA. Quality of life was classified based on the average responses for each domain of the questionnaire. **Results:** It was possible to notice a higher prevalence of female individuals (82.9%), as well as a higher classification of food security (72.1%), followed by mild food insecurity (22.5%). Furthermore, there was a high incidence of diseases such as diabetes, hypertension and depression in the individuals interviewed. Aspects such as income, education and number of residents per household were correlated with the worst IAN classification, that is, the worse these indicators were, the higher the score on the EBIA scale. **Conclusions:** The health conditions and quality of life observed demonstrate a concern regarding the nutritional care of these individuals, considering that the greatest presence is of diseases that require a adequate dietary restriction for their control. Therefore, it is extremely important to stratify and control the risk of food and nutritional insecurity.

Keywords: Food Security; Chronic diseases; Quality of life.

A insegurança alimentar e nutricional (IAN) é um problema cada vez mais recorrente no Brasil e em diversos outros países. As adversidades que atingiram e ainda abalam a conjuntura social como a pandemia de Covid-19, guerras e mudanças climáticas, exercem efeito significativo nas questões alimentares. Nesse sentido, a fome no mundo ainda se encontra em um nível superior ao que existia antes da

pandemia, representando entre 691 e 783 milhões de pessoas em situação de fome no ano de 2022. Na sub-região das Caraíbas, foi possível notar um aumento significativo entre os anos de 2021 e 2022, partindo de 14,7% para 16,3% da prevalência de subnutrição (1).

Não é de hoje que esse assunto se mostra alarmante e traz preocupações relacionadas ao acesso à alimentação, às condições sanitárias dos alimentos consumidos e a possível relação entre insegurança alimentar e agravamento de doenças crônicas em diversas famílias (2). Concomitante a isso, a IAN é observada quando o acesso à alimentação se encontra prejudicado, principalmente devido às questões socioeconômicas, impedindo que os indivíduos consigam se alimentar com dignidade (3).

Além disso, a incerteza da possibilidade de adquirir alimentos também é um fator característico da insegurança alimentar (4). Mesmo já estando presente na realidade de diversas famílias há muito tempo, é possível observar que após a grave pandemia causada pelo coronavírus a problemática se tornou ainda mais expressiva, devido à necessidade de isolamento social por longo período, bem como redução de vagas de emprego e, conseqüentemente, acesso defasado a fontes alimentares (5).

Para analisar as condições de segurança alimentar no país, pesquisas nacionais e locais permitem a estratificação de grupos sociais e o reconhecimento das demandas individuais e coletivas da sociedade, a fim de auxiliar na elaboração e execução de políticas públicas. Dessa maneira, é imprescindível que ocorra um fortalecimento das ações vigentes para garantir sua distribuição de maneira eficaz e de acordo com as necessidades da população (6).

Um dos instrumentos mais utilizados na investigação da situação de insegurança alimentar e nutricional das famílias brasileiras é a aplicação da escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA), uma escala que contém 14 perguntas relacionadas ao consumo alimentar dos indivíduos. Tal instrumento é facilitador na análise de alterações significativas no que se refere a oferta e capacidade de aquisição de gêneros alimentícios (7).

Ao mesmo tempo em que a fome se mostra a principal causa da IAN, pode-se dizer que essa classificação também representa um papel crítico na saúde dos

indivíduos, visto que está diretamente associada às condições físicas e comportamentais de cada ser humano, podendo resultar no agravamento de doenças crônicas (8, 9). Aliado a isso, tem-se observado que indivíduos que apresentam baixa escolaridade, patologias e, ainda, uma aceitação menor para tratamentos de saúde, tendem a apresentar uma pior percepção de qualidade de vida (10).

Dessa maneira, a presente pesquisa busca realizar o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional no município de Francisco Beltrão/PR, contribuindo para o planejamento e desenvolvimento de intervenções que reflitam no cenário da SAN em âmbito familiar.

Métodos

Estudo empírico e de natureza quantitativa, com coleta de dados primários e secundários e de caráter transversal. A casuística foi constituída por chefes de família, atendidos em unidades de saúde de seu território, incluindo zona urbana e rural, no município de Francisco Beltrão, PR e que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados de fontes secundárias foram obtidos a partir da verificação das unidades de saúde do município e o número de famílias por domicílio e usuários de cada território, a partir de relatórios fornecidos pela Secretária Municipal de Saúde de Francisco Beltrão/PR, assim, sendo possível realizar a estratificação da casuística por territórios.

Para determinação da casuística, considerou-se o número de habitantes do município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Posteriormente, o cálculo amostral foi realizado para se chegar a uma população representativa do município. Seguindo o cálculo estatístico, 1077 pessoas foram entrevistadas para alcançar o nível de significância de 95%. Para cada unidade de saúde foi realizado cálculo de estratificação, a fim de verificar a quantidade de indivíduos a serem entrevistados em cada território.

Inicialmente foram coletadas informações referentes às características sociodemográficas e clínicas dos participantes por meio de uma entrevista adaptada de Rossi, Caruso e Galante (11). Para o diagnóstico de segurança alimentar e nutricional (SAN) das famílias, foi aplicada a escala EBIA. Trata-se de um instrumento adaptado à

realidade brasileira a partir do Indicador Cornell, visando estudar de maneira direta a percepção e experiência com a fome (12, 13).

A escala EBIA possui um total de 14 questões, que devem ser respondidas de maneira afirmativa ou negativa, sendo as respostas negativas pontuadas com 0 e as positivas pontuadas com 1. A pontuação final gerará uma das seguintes classificações: Segurança alimentar (0 respostas positivas); IAN leve (entre 1 e 5 respostas positivas); IAN moderada (entre 6 e 9 respostas positivas); IAN grave (entre 10 e 14 respostas positivas).

Já para a avaliação da qualidade de vida dos entrevistados, foi utilizado o questionário *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL – bref)* traduzido para o português (14). Esse instrumento apresenta perguntas relacionadas a aspectos físicos, psicológicos, ambientais e sociais em que os indivíduos estão inseridos, trazendo uma verificação completa da qualidade de vida, onde as respostas variam em uma escala *Likert* de 1 a 5.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 23)*, sendo realizadas análises descritivas dos resultados sociodemográficos e Escala EBIA, estabelecendo valores de frequência em porcentagens e médias. Por não seguir uma distribuição normal, foram executadas correlações de *Spearman* em variáveis socioeconômicas e EBIA. A qualidade de vida foi classificada a partir da média de respostas para cada domínio do questionário.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. A aplicação dos questionários teve início em janeiro de 2023 e foi finalizada em fevereiro de 2024.

Resultados e discussão

A insegurança alimentar e nutricional afeta boa parte das minorias sociais, que incluem diversidades raciais, socioeconômicas, de escolaridade e habitação. Uma situação de extrema vulnerabilidade como esta apresenta potencial de causar diversas complicações às famílias acometidas, dentre as quais pode-se citar a maior chance de desenvolvimento de patologias crônicas, carências nutricionais e agravos de saúde. Mas não é apenas o físico do indivíduo que pode ser afetado, essa condição tem a capacidade de causar males associados também à saúde mental e qualidade de vida geral dos

indivíduos, ressaltando mais uma vez a necessidade de uma estratificação de risco que permita reconhecer esse problema de forma abrangente (15).

A tabela 1 apresenta a classificação da situação alimentar no município de Francisco Beltrão/PR durante o período da pesquisa. Nota-se uma maior prevalência de segurança alimentar (72,1%) e, em seguida, algum grau de IAN, sendo a mais expressiva a insegurança leve (22,5%). Achados semelhantes foram observados em um estudo com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), onde 68,7% dos entrevistados apresentaram classificação de segurança alimentar, enquanto algum grau de IAN estava presente em 31,3% (16).

Tabela 1 – Classificação do grau de segurança alimentar entre os anos de 2023 e 2024.

		Grau de insegurança alimentar			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Insegurança alimentar grave	15	1,4	1,4	1,4
	Insegurança alimentar leve	242	22,5	22,5	23,9
	Insegurança alimentar moderada	23	2,1	2,1	26,0
	Não se aplica ^a	20	1,9	1,9	27,9
	Segurança alimentar	777	72,1	72,1	100,0
	Total	1077	100,0	100,0	

^a refere-se a questionários em que não se obteve respostas para esse item.

Fonte: elaborada pelos autores.

Ao buscar avaliar a associação existe entre IAN e as condições de vida de famílias brasileiras, Araújo e colaboradores (17) observaram uma prevalência de 39,4% de insegurança alimentar, sendo que destas, quase em sua totalidade houve dificuldades quanto a fechar o mês com renda ainda disponível e, ainda, insatisfação em relação às condições de moradia. Esse panorama, segundo os autores, é muito frequente e observado como causador de inadequações alimentares, tendo em vista que a renda é indispensável para a garantia da SAN.

A interpretação e classificação na escala EBIA, abrange a segurança alimentar, onde não ocorrem restrições alimentares, bem como ausência de preocupação com a possível falta de alimentos futuramente. Já na IAN leve, ainda não ocorre a fome, embora a qualidade dos alimentos ingeridos é afetada e está associada a uma maior

preocupação com o poder de compra futuramente. Quando se classifica um indivíduo ou grupo familiar em insegurança moderada, é evidente a restrição alimentar tanto no aspecto quantitativo, quanto qualitativo. E, por fim, a IAN grave, onde a fome se torna mais expressiva e atinge, inclusive, as crianças residentes no domicílio (13).

Considerando as variáveis sociodemográficas, 82,9% dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, o que revela a expressividade de mulheres como chefes de família, não necessariamente no que se refere a renda familiar, mas sobretudo relacionada aos cuidados do ambiente familiar. Considerando a atuação do II inquérito VigiSAN (18) os domicílios chefiados por mulheres tendem a apresentar uma maior presença de insegurança alimentar e nutricional, 6 em cada 10 lares de responsabilidade feminina, convivem com insegurança alimentar moderada (17,4%) e grave (19,3%), já naqueles chefiados por homens o percentual foi de 13,1 e 11,9%, respectivamente.

Esses dados demonstram a dificuldade que mulheres encontram na efetivação do direito humano à alimentação adequada (DHAA), o que pode ser justificado pelo exercício de trabalho informal, menores salários e/ou renda oriunda de programas sociais e pela baixa escolaridade. Entretanto, mesmo em lares com renda mais elevada, quando separados por gênero, as mulheres apresentaram menor condição de segurança alimentar comparado ao sexo oposto (18).

No que diz respeito às demais variáveis sociodemográficas que exercem papel significativo na situação alimentar dos indivíduos, a tabela 2 apresenta as correlações existentes entre esses fatores e a pontuação na escala EBIA.

Tabela 2 – Correlações de *Spearman* entre variáveis sociodemográficas e clínica e pontuação da EBIA.

		Correlações					
rô de Spearman			Renda familiar	Nível de instrução	Possui alguma doença?	Pontuação EBIA	Com quantas pessoas reside
			Coeficiente de Correlação	1,000	,377**	,114**	-,249**
	Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000	,000	
	Coeficiente de Correlação	,377**	1,000	,202**	-,152**	,148**	
	Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000	
	Coeficiente de Correlação	,114**	,202**	1,000	-,042	,156**	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,175	,000	
	Coeficiente de Correlação	-,249**	-,152**	-,042	1,000	,041	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,175	.	,193	
	Coeficiente de Correlação	,147**	,148**	,156**	,041	1,000	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,193	.	

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: elaborada pelos autores.

Houve uma maior prevalência de indivíduos que cursaram apenas até o ensino fundamental (41,4%) e, em seguida, aqueles que possuíam ensino médio (38%). Por outro lado, o ensino superior se fez presente em apenas 10,6% das respostas. Essa condição de escolaridade reflete na situação de segurança alimentar dos entrevistados, onde identifica-se uma correlação negativa, ou seja, quanto menor o grau de instrução maior é a pontuação na escala EBIA, resultando em algum grau de IAN. A baixa escolaridade dos chefes de família está associada à insegurança alimentar, sendo os anos de estudo correlacionado a casos de IA moderada ou grave (19). Esses dados demonstram que baixas condições de escolaridade podem refletir, mesmo que indiretamente, na situação financeira dos mesmos devido às oportunidades de emprego e, conseqüentemente, rendas menores que irão influenciar no poder de aquisição dos gêneros alimentícios (20).

A renda familiar é vista como a principal variável relacionada à insegurança alimentar, mas é importante destacar que não é a única. Embora a renda seja, de fato, um fator marcante, outros aspectos necessitam ser investigados para auxiliar no diagnóstico dessa situação. Essa grande gama de fatores contribuintes para IAN revelam as diferenças sociais marcantes vistas na sociedade e traz mais uma vez a importância de se obter instrumentos adequados de investigação e monitoramento de famílias vulneráveis (21). Considerando esse aspecto, houve um predomínio maior para renda familiar entre 1 e 3 salários (50,8%), seguido de 4 a 5 salários (22%). Esse achado se correlaciona negativamente com a pontuação EBIA, evidenciando que, quanto menor a renda, maior será sua pontuação.

Em 2022, em domicílios com renda menor a 1/4 do salário-mínimo, 91% dos indivíduos apresentavam algum grau de IAN. Em contrapartida, quando a renda foi superior a um salário, houve um maior acesso aos alimentos, reduzindo as chances de insegurança alimentar (18). Esses dados estão de acordo com os encontrados no município de Francisco Beltrão, em que as rendas mais expressivas foram superiores a 1 salário-mínimo, contribuindo para o resultado de maior segurança alimentar no município.

A quantificação da IAN nas famílias é de difícil controle, visto que em um mesmo período há possibilidade que esses indivíduos entrem e saiam diversas vezes dessa condição, sendo custosa a classificação de uma insegurança alimentar crônica ou aguda (22). Nesse sentido, a IAN tem o potencial de afetar o estado de saúde dos acometidos,

considerando o fato de que muitas vezes envolve uma dieta inadequada, de má qualidade e desbalanceada nutricionalmente (8).

Ao correlacionar a presença de patologias e a pontuação obtida na EBIA, verificamos uma associação negativa, que evidencia a pior condição de saúde dos indivíduos com o aumento do escore final da escala. Dentre as principais patologias relatadas estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em destaque a hipertensão arterial (20,1%), depressão (13,7%) e diabetes (7%). Aliado a isso, a presença de comorbidades, quando ambas as patologias se fazem presente, também foi significativa (4,3%). Diversas outras patologias foram relatadas, alcançando um total de 49,7% para presença de alguma doença.

O estresse causado pela privação e dificuldades no acesso a alimentos adequados pode resultar no aumento do cortisol no organismo, podendo influenciar no acúmulo de gordura no tecido adiposo e, por consequência, alterar os níveis da pressão arterial (PA) (23). É visto, ainda, que para aquelas pessoas que se encontram em um nível muito elevado de insegurança alimentar, há um aumento significativo na chance de desenvolvimento de cardiopatias, bem como desfecho de mortalidade por essas causas (24). Além disso, é observado que indivíduos hipertensos apresentam 51% de chances para IAN, revelando a necessidade de adequação do consumo alimentar desses pacientes a fim de minimizar os riscos de doenças cardiovasculares futuramente (25).

O consumo de alimentos inadequados e de alto valor energético, bem como menor ingestão de frutas e hortaliças, também está relacionado ao pior prognóstico de diabetes. Vale salientar, que esse fator não irá agir sozinho para o comprometimento da saúde dos indivíduos, mas sim aumentar a probabilidade de agravo dessa condição clínica (26). Para mais, quando relacionados indivíduos diabéticos com algum grau de IAN, o resultado foi um crescimento nas chances de necessitarem de atendimento médico (24).

Nota-se, portanto, que o sistema de saúde também tende a ser afetado no contexto da insegurança alimentar. Indivíduos sem acesso regular a uma alimentação adequada e saudável estão mais propensos a desenvolver e/ou agravar condições crônicas de saúde, necessitando de mais tratamento médico. Assim, é fundamental prevenir e controlar a ocorrência de insegurança alimentar em famílias que se encontram nessa situação de vulnerabilidade social e estão mais suscetíveis a enfrentar períodos de escassez e suas repercussões (27).

É evidente a interferência que a situação alimentar exerce acerca da qualidade de vida da população. Não apenas relacionada ao consumo de alimentos, mas considerando os aspectos multidimensionais que essa variável abrange, como fatores sociais, ambientais, psicológicos, econômicos e físicos, resultando em uma condição geral de bem-estar ou de mal-estar (10). Dessa maneira, a relação entre alimentação adequada e saudável e qualidade de vida se mostra cada vez mais forte, evidenciando que a IAN é capaz de afetar os diversos níveis sociais em que o indivíduo está inserido, prejudicando desde suas questões físicas e econômicas até suas condições psicológicas (28).

Para avaliar a qualidade de vida dos entrevistados, o questionário *WHOQOL – bref* foi utilizado, resultando em uma pontuação que classificou as respostas variando em uma média de 1 a 5. As médias de todos os domínios foram classificadas conforme descrito na tabela 3. A classificação das respostas oriundas do questionário pode variar de 3 até 3,9 para ser classificada em “regular”. Acima desses valores encontram-se as classificações “boa” e “muito boa” (médias 4 até 4,9 e 5, respectivamente) e, abaixo de 3 (1 até 2,9) há necessidade de melhora nos aspectos que abrangem a qualidade de vida dos indivíduos (29).

Tabela 3 – Média dos domínios encontradas no questionário de qualidade de vida.

Domínio	Média	Classificação
Qualidade de vida geral	3,6	Regular
Físico	3,6	Regular
Psicológico	3,5	Regular
Relações sociais	3,6	Regular
Ambiente	3,5	Regular

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nesse mesmo sentido, Soares (30) observou que os domínios relacionados à saúde, segurança física e questões econômicas apresentaram uma menor pontuação, ou seja, uma pior qualidade. Além disso, também foi possível notar uma melhor qualidade de vida nas residências com menor número de pessoas, o que pode ser justificado por uma melhor distribuição do espaço físico, renda e alimentos. Na presente pesquisa, o número médio de moradores por domicílio foi de 3 pessoas e a idade média 48,3 anos. É válido destacar, com relação à quantidade de indivíduos por lar, que embora a média tenha sido de 3 pessoas, a variação foi ampla. Assim, da mesma forma em que houve residências com apenas um morador, também foi observado aquelas em que havia 7, 8 e 11 moradores.

Logo, observa-se que o ambiente onde o indivíduo está inserido exerce grande influência em sua percepção de qualidade de vida, uma vez que irá refletir diretamente em seu acesso à saúde, educação, saneamento básico e moradia. Assim, uma menor pontuação no domínio ambiente, infere à uma menor qualidade de vida em determinados territórios, onde as condições sociais são desfavoráveis (31).

Diante desse cenário, é possível notar que não é apenas um grupo numericamente insignificante de indivíduos que apresenta risco de estar em IAN, mas sim uma numerosa parcela da população com diversas condições que implicam direta ou indiretamente nessa situação (32). Sendo assim, é indispensável considerar a magnitude da problemática e todas as variáveis em que as famílias estão inseridas, a fim de minimizar e reduzir danos e, sobretudo, as despesas com cuidados em saúde derivadas dessa insegurança alimentar (33).

Considerações finais

Dado o exposto, é evidente a correlação entre o grau de insegurança alimentar e as condições socioeconômicas, clínicas e de qualidade de vida em que os indivíduos estão inseridos. É possível observar que renda, escolaridade e o número de pessoas por domicílio executam atribuições significativas nesse cenário, onde quanto menor as condições financeiras e de instrução, maior é a pontuação na escala EBIA, o que revela a situação de insegurança alimentar. Nesse mesmo sentido, associações positivas são observadas entre a EBIA e a quantidade de moradores em um mesmo lar, sendo uma correlação positiva, em que o aumento de residentes está associado a piores condições de segurança alimentar.

A IAN não exerce apenas influência sobre o que se é ingerido, mas é capaz de interferir negativamente no contexto clínico dos indivíduos. Sendo observado uma maior presença de patologias conforme a condição alimentar piora, evidenciando principalmente a presença de hipertensão arterial, diabetes e depressão.

Dessa maneira, é imprescindível realizar um diagnóstico e acompanhamento assertivo da situação alimentar da população, a fim de garantir o direito humano à alimentação adequada, mas também fomentar políticas públicas capazes de prevenir e reverter essa vulnerabilidade social que afeta não apenas um aspecto da vida, mas sim o fundo multidimensional que a fome pode ocasionar, envolvendo condições psicológicas, físicas, ambientais e sociais.

Referências

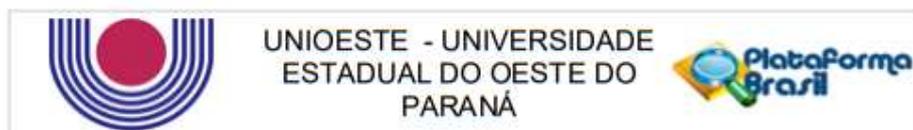
1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2023. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. *Rome, FAO*. Disponível em: <https://doi.org/10.4060/cc3017en> Acesso em: 07 dez. 2023. Garcia S P, Haddix A, Barnett K. Incremental Health Care Costs Associated With Food Insecurity and Chronic Conditions Among Older Adults. *Preventing Chronic Disease*. 2018;15(108):1-11.
2. Garcia S P, Haddix A, Barnett K. Incremental Health Care Costs Associated With Food Insecurity and Chronic Conditions Among Older Adults. *Preventing Chronic Disease*. 2018;15(108):1-11.
3. Bezerra M S, Jacob M C M, Ferreira M A F, Vale D, Mirabel I R B, Lyra C O. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(10):3833.
4. Abdurahman A, Bule M, Fallahyekt M, Abshirini M, Azadbakht L, Qorbani M *et al*. Association of Diet Quality and Food Insecurity with Metabolic Syndrome in Obese Adults. *International Journal of Preventive Medicine*. 2021;12(138):1-8.
5. Guilherme R A M, Carvalho E P, Tabai K C. O impacto da pandemia da covid-19 na (in)segurança alimentar da população brasileira sob a ótica intercultural e interdisciplinar. *Faz Ciência*. 2021;23(37):165-182.
6. Oliveira A S B, Casemiro J P, Brandão A L, Pinto A M S. Monitoramento e avaliação da segurança alimentar e nutricional: um olhar sobre as publicações oficiais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(2):631-640.
7. Santos L P, Costa M G, Santos J V, Lindemann I L, Gigante D P. Comparação entre duas escalas de segurança alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(1):279-286.
8. Daly A; Sapra, A; Albers C E.; Dufner A M.; Bhandari P. Food Insecurity and Diabetes: The Role of Federally Qualified Health Centers as Pillars of Community Health. *Cureus*, v. 13, n. 3, p. 1-12, 2021.
9. Norris K, Pitts S J, Reis H, Haynes-Maslow L. A Systematic Literature Review of Nutrition Interventions Implemented to Address Food Insecurity as a Social Determinant of Health. *Nutrients*. 2023;15(15):1-19.
10. Almeida-Brasil C C, Silveira M R, Silva K R, Lima M G, Faria C D C M, Cardoso C L *et al*. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(5):1705-1716.
11. Rossi L, Caruso L, Galante A P. *Avaliação nutricional: novas perspectivas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
12. Brasil. Estudo Técnico no 01/2014 Escala Brasileira de Insegurança Alimentar-EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. *Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação*, Brasília, DF. 2014.
13. Segal-Corrêa A M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estudos Avançados*. 2007;21(60):143-154.
14. Fleck M P A, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L *et al*. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”* Application of the Portuguese version of the

- abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
15. Hazzard V M, Loth K A, Hooper L, Becker C B. Food Insecurity and Eating Disorders: a Review of Emerging Evidence. *Current Psychiatry Reports*. 2020;22(74):2-9.
 16. Gabriel, F F, Ribeiro R S V, Guimaraes P R V, Fabris F M. Perfil de Segurança Alimentar e Nutricional em Usuários Adultos do Sistema Único de Saúde de um Município Polo de Santa Catarina. *Rev Res Multiprof Unesc*. 2022;4(1):61-84.
 17. Araújo M L, Nascimento D R, Lopes M S, Passos C M, Lopes, A C S. Condições de vida de famílias brasileiras: estimativa da insegurança alimentar. *Revista Brasileira de Estudos de População*. 2020;37(s.n.):1-17.
 18. Insegurança alimentar e desigualdades de raça/cor da pele e gênero [livro eletrônico]: II VIGISAN: inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: Suplemento II / *Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN*. – 1. ed. – São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2023. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/> Acesso em: 10 out. 2023.
 19. Schott E, Rezende F A C, Priore S E, Ribeiro A Q, Franceschini S C C. Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23(s.n.):1-13.
 20. Bezerra, T A, Olinda R A, Pedraza D F. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(2):637-651.
 21. Panigassi G, Segall-Corrêa A M, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio M F A, Maranhã L K. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(10):2377.
 22. Brown A G M, Esposito L E, Fisher R A, Nicastro H L, Tabor D C, Walker J R. Food insecurity and obesity: research gaps, opportunities, and challenges. *Translational Behavioral Medicine*. 2019;9(5):981-987.
 23. Miguel E S, Lopes S O, Araújo S P, Priore S E, Alfenas R C G, Hermsdorff H H M. Association between food insecurity and cardiometabolic risk in adults and the elderly: A systematic review. *Journal of Global Health*. 2020;10(2):1-7.
 24. Thomas M K, Lammert L J, Beverly E A. Food Insecurity and its Impact on Body Weight, Type 2 Diabetes, Cardiovascular Disease, and Mental Health. *Current Cardiovascular Risk Reports*. 2021;15(9):15.
 25. Mendy V L, Vargas R, Cannon-Smith G, Payton M, Enkhmaa B, Zhang Lei. Food Insecurity and Cardiovascular Disease Risk Factors among Mississippi Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(9):2016.
 26. Gucciardi E, Vahabi M, Norris N, Monte J P D, Farnum C. The Intersection between Food Insecurity and Diabetes: A Review. *Current Nutrition Reports*. 2014;3(4):324–332.
 27. Venci B J, Lee S-Y. Functional limitation and chronic diseases are associated with food insecurity among U.S. adults. *Annals of Epidemiology*. 2018;28(3):s.p.
 28. Silva R T O. *O impacto da insegurança alimentar na redução da qualidade de vida: um estudo longitudinal no interior do semiárido nordestino*. 2021. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva - Facisa) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

29. Hoffmann-Horochovski M T, Castilho-Weinert L V. O WHOQOL-Bref para avaliar qualidade de vida como instrumento de apoio à Gestão Pública. *NAU Social*. 2018;9(16):59-68.
30. Soares M E S M. *Qualidade de vida e segurança alimentar: estudo de base populacional no município de João Pessoa-PB*. 2016. 95 f. Tese (Doutorado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.
31. Siqueira J M *et al*. Qualidade de vida e Atenção Primária em Saúde e seus desdobramentos para a cobertura da Atenção Básica- Um estudo no bairro da Penha, Rio de Janeiro. *APS em Revista*. 2022;4(3):166-176.
32. Abosy J A, Grossman A, Dong K R. Determinants and Consequences of Food and Nutrition Insecurity in Justice-Impacted Populations. *Current Nutrition Reports*. 2022;11(s.n.):407-415.
33. Dean E B, Francês M T, Mortensen K. Food insecurity, health care utilization, and health care expenditures. *Health Services Research*. 2020;2(2):883-893.

6. ANEXOS

ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diagnóstico de Segurança Alimentar e qualidade de vida no Sudoeste do Paraná.

Pesquisador: Ana Paula Vieira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62685922.0.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.691.090

Apresentação do Projeto:

"O consumo alimentar é um dos principais fatores determinantes passíveis de modificação, por isso é alvo de investigações e se torna um dos maiores desafios para as políticas públicas até os dias atuais, exigindo uma abordagem centrada na promoção da saúde e qualidade de vida. A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) se propõe a efetivar o direito humano à alimentação adequada (DHAA) e a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população brasileira. No entanto, ainda se verifica situações de insegurança alimentar e nutricional na população brasileira, cujo valor monetário mínimo per capita necessário para a compra de uma cesta básica de alimentos, além de outros itens essenciais para a sobrevivência, tais como os de saúde, educação, transporte e vestuário, é insuficiente e com a crise econômica e sanitária no Brasil, muitas famílias foram levadas à situação de extrema pobreza, e a perda do poder de compra impactou diretamente o acesso destas pessoas a alimentos não só em quantidade, mas também em qualidade. Assim, a presente pesquisa pretende fazer um diagnóstico da situação de insegurança alimentar e nutricional no sudoeste do Paraná, através de indicadores com a aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar que buscam quantificar o número de indivíduos em situação de carência alimentar ou fome e também avaliar a qualidade de vida dessa população, através do instrumento WHOQOL – brief e assim, contribuir com políticas públicas que atendem essa população vulnerável."

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.pppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5691.090

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos da Pesquisa na Plataforma Brasil:

Objetivo Primário:

Medir a segurança alimentar e qualidade de vida das famílias do Sudoeste do Paraná, através do diagnóstico e monitoramento.

Objetivo Secundário:

Construir um diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional das famílias em áreas geográficas rural e urbana, respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde, ao bem-estar e à alimentação de grupos populacionais de maior risco nutricional, contribuindo para a SAN no âmbito local, municipal, estadual e federal."

Objetivos da Pesquisa no Projeto:

"contribuir para auxiliar no planejamento e desenvolvimento de uma intervenção para melhoria da segurança alimentar e nutricional, saúde e qualidade de vida da população através do monitoramento e diagnóstico de insegurança alimentar e nutricional das famílias do Sudoeste do Paraná.

Objetivos específicos:

- medir, diretamente, a percepção de insegurança alimentar e fome em nível domiciliar;
- estimar a prevalência da insegurança alimentar e fome na população urbana e rural;
- avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde e bem-estar;
- construir um diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional do município;
- identificar áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco nutricional;
- conhecer e acompanhar a situação nutricional da população do estudo;
- respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde, ao bem-estar e à alimentação;
- contribuir para a SAN no âmbito local, municipal, estadual e federal."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.pppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.691.090

Durante a aplicação do questionário, caso ocorra algum desconforto ou mal estar, a pessoa poderá encerrar imediatamente a entrevista e se ocorrer algum transtorno, decorrente da participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata gratuita na Rede de Assistência em Saúde (RAS).

Benefícios:

Melhor suporte nutricional, orientações, acompanhamento da segurança alimentar e nutricional no domicílio e orientações sobre bem-estar e saúde, direcionado às particularidades de cada indivíduo ao profissional habilitado na Rede de Assistência em Saúde (RAS). Contribuir para formulação de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população, principalmente em aspectos relacionados ao bem-estar da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto para pesquisas de TCC/IC, dissertação e projeto institucional da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Pesquisa de relevância para área da Ciências da Saúde, especificamente para a Saúde Coletiva, Saúde Pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto – de acordo;
2. Instrumento de Coleta de Dados: de acordo
3. Termo de não início da coleta de dados: de acordo.
4. Termo de Dados de Arquivo: de acordo.
5. TCLE - de acordo.
6. Termo de Ciência do estudo de campo: de acordo.

Recomendações:

Recomendamos ajustar os objetivos, devem ser equivalentes no Projeto ao que apresentam na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relembramos a necessidade o relatório parcial/final.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.691.090

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1979424.pdf	29/08/2022 11:41:49		Aceito
Outros	anexoII_UBS.pdf	29/08/2022 11:39:55	Ana Paula Vieira	Aceito
Outros	anexoII_RS.pdf	29/08/2022 11:39:24	Ana Paula Vieira	Aceito
Outros	Memorando_011_2022_ComEtica.pdf	28/08/2022 14:47:48	Ana Paula Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SAN.pdf	28/08/2022 14:37:49	Ana Paula Vieira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_Rosto.pdf	04/08/2022 10:55:47	Ana Paula Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_1.pdf	04/08/2022 10:53:51	Ana Paula Vieira	Aceito
Outros	Fomulario_Anexo_I.pdf	26/07/2022 15:34:41	Ana Paula Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fomulario_Anexo_IV.pdf	26/07/2022 15:27:41	Ana Paula Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fomulario_Anexo_III.pdf	26/07/2022 15:26:47	Ana Paula Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCADEL, 07 de Outubro de 2022

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.pppg@unioeste.br

ANEXO II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, HISTÓRICO SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

Nome: _____

Nascimento ____/____/____ Idade: _____ Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____ Residência própria/alugada/cedida: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Condições de saneamento: () adequada ()
inadequada Profissão/Ocupação: _____ Local onde
trabalha? _____

Renda Familiar (salários mínimos): () ≤1 () 1 a 3 () 4 a 5 () ≥ 6

Nível de instrução: () fundamental () médio () superior () pós-graduação

Estado civil: () solteiro () casado () amasiado () viúvo () separado

Com quantas _____ pessoas reside? Quem?

Horas de sono: _____ Características do sono: _____

Atividade física? _____ Frequência: _____

Há quanto tempo _____ Pratica atividade? _____

Possui religião? () sim () não Exige mudanças de hábitos? () sim () não

Faz uso de algum medicamento? () sim () não Quais? _____

Álcool: Há quanto tempo? Tipo e
quantidade: Fumo: Há quanto
tempo? Quantidade: _____

Faz uso de alguma droga ilícita? () sim () não Qual? _____

Considera-se dependente? () sim () não Em tratamento? () sim ()
não

HISTÓRICO CLÍNICO

Possui alguma doença atualmente? () sim () não Qual? _____

Em tratamento? () sim () não . Há quanto
tempo? Medicamentos em uso: _____

Já ficou internado anteriormente? () sim () não Há quanto tempo?

Motivo: _____

Alergias? () sim () não Quais?

Doenças anteriores deixaram sequelas? () sim () não Quais
doenças? Quais sequelas?

Apresenta histórico prévio de depressão? () Não () Sim

Faz uso de medicamentos para depressão () Não () Sim

Qual(is): _____

ANEXO III – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

1- Nos últimos três meses, você teve a preocupação de que os alimentos acabassem antes que pudesse comprar mais comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
2- Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
3 - Nos últimos três meses, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
4 - Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha porque o dinheiro acabou?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
7 – Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1
8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não tinha dinheiro para comprar comida?	<input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1

<p>9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>13 – Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não - 0 <input type="checkbox"/> Sim - 1</p>
<p>CLASSIFICAÇÃO _____</p>	<p>Somatória</p>

ANEXO IV - THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE

WHOQOL - Abreviado

Este questionário trata sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda as próximas **questões**, **tomando como referência as duas últimas semanas**.

Circule a alternativa que lhe parece mais apropriada e lembre-se, **não há resposta certa ou errada**, pois trata-se de **sua percepção sobre aspectos da vida**.

01. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

1. Muito ruim 2. Ruim 3. Nem ruim nem boa 4. Boa 5. Muito boa

02. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

03. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

04. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

05. O quanto você aproveita a vida?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

06. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

07. O quanto você consegue se concentrar?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

08. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

09. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Mais ou menos 4. Bastante 5. Extremamente

10. Você tem energia suficiente para seu dia a dia?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Médio 4. Muito 5. Completamente

11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Médio 4. Muito 5. Completamente

12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Médio 4. Muito 5. Completamente

13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Médio 4. Muito 5. Completamente

14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

1. Nada 2. Muito pouco 3. Médio 4. Muito 5. Completamente

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

1. Muito ruim 2. Ruim 3. Nem ruim nem bom 4. Bom 5. Muito bom

16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

19. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

20. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

21. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

22. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

23. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

24. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

25. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

1. Muito insatisfeito 2. Insatisfeito 3. Nem satisfeito nem insatisfeito 4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

1. Nunca 2. Algumas vezes 3. Frequentemente 4. Muito frequentemente
5. Sempre

ANEXO V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Aprovado na

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
04/08/2000

CONEP em

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: **Diagnóstico de Segurança Alimentar e Nutricional nos municípios do Sudoeste do Paraná**

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 62685922.0.0000.0107

Pesquisador para contato: Ana Paula Vieira

Telefone: (46) 99106 1830

Endereço de contato (Institucional): Rodovia Vitório Traiano - Km 02 - Contorno Leste, Bairro Água Branca - CEP: 85601-970

Convidamos você a participar de uma pesquisa para diagnosticar a (in)segurança alimentar e nutricional no seu domicílio e sua qualidade de vida. A pesquisa oferece **benefícios**, como o acompanhamento da segurança alimentar e nutricional no domicílio e orientações sobre bem-estar e saúde, direcionado às particularidades de cada indivíduo ao profissional habilitado na Rede de Assistência em Saúde (RAS). Estimular a integração dos esforços entre governo e sociedade civil, contribuir para formulação de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde, principalmente em aspectos relacionados ao bem-estar da população.

Para que isso ocorra, inicialmente serão solicitadas informações sociodemográficas, e aplicado os questionários da Escala Brasileira de segurança Alimentar (EBIA) para verificar a presença e/ou risco de insegurança alimentar e um questionário sobre qualidade de vida e saúde. Esses instrumentos **EBIA** tem questões referentes a sua renda, acesso ao alimento, quantidade suficiente de comida. Já, o instrumento sobre **qualidade de vida e saúde** você responderá perguntas sobre como está sua saúde, se sente alguma dor física, sente que sua vida tem sentido, aparência física, dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades.

Os instrumentos aplicados a você ocuparão em torno de 30 a 40 minutos do seu tempo. Gostaria de informar que estaremos atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto **ou mal estar**, sendo que você poderá solicitar ao entrevistador que encerre imediatamente a entrevista caso sinta algum desconforto ou não deseje mais participar. E qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo.

Nós pesquisadores garantimos a **privacidade e o sigilo** de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O **seu nome e endereço** nunca serão associados aos resultados desta pesquisa.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa.

Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua, sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Ana Paula Vieira declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura da pesquisadora  _____

Assinatura da entrevistadora _____

Francisco Beltrão, _____ de _____ de 20____.

ANEXO VI – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to
Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health

Manuscript ID
2024-00156

Title
DIAGNÓSTICO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E SUA CORRELAÇÃO COM ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE

Authors
Silva, Emanuele
Di Domenico, Felipe
vieira, ana
Pascotto, Claudiceia
Arruda, Gisele
Lima, Romilda
Follador, Franciele

Date Submitted
18-Feb-2024

ANEXO VII – NORMAS DA REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA

Especificações do manuscrito:

Os manuscritos devem ser redigidos em software de processamento de texto em espaço duplo, em uma coluna, na fonte Times New Roman ou Arial, tamanho 12 pontos. Para figuras e tabelas, deve-se usar o Microsoft Excel®, Power Point® ou outro software de gráficos. As figuras podem aparecer coloridas ou em preto e branco, e eles devem ser apresentados em um formato editável.

Uma vez que artigos sejam aceitos para publicação, é possível que seja solicitado aos autores que enviem figuras e tabelas em formatos mais claros e legíveis.

Requisitos para formatação:

A formatação geral para as diversas seções da RPSP/PAJPH é a seguinte:

Seção	Número máximo de palavras ¹	Número máximo de referências	Número máximo de tabelas, figuras ²
Artigos de pesquisa original	3 500	35	5
Artigos de revisão	3 500	50	5
Relatos especiais	3 500	35	5
Comunicações breves	2 500	10	2
Opiniões e análises	2 500	20	2
Temas atuais	2 000	20	2
Cartas	800	5 caso seja necessário	Nenhuma

¹Excluindo resumo, tabelas, figuras e referências.

²Contagem máxima de palavras para 5 tabelas / figuras é 1000; para 2 tabelas/figuras, 400.

Título:

O título do manuscrito deve ser claro, preciso e conciso, e incluir todas as informações necessárias para identificar o alcance do artigo. Um bom título é o

primeiro ponto de acesso para o conteúdo do artigo e facilita sua recuperação em bases de dados e motores de busca.

Os títulos não podem exceder 15 palavras. Palavras ambíguas, jargão e abreviações devem ser evitados. Títulos separados por pontos ou divididos em partes também devem ser evitados.

Autoria:

A RPSP/PAJPH define autoria de acordo com as diretrizes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) [sigla em inglês], recomendando que a autoria seja baseada nos quatro seguintes critérios:

Contribuições substanciais à concepção ou ao projeto do trabalho; ou à aquisição, à análise ou à interpretação de dados para o trabalho; E Redação do trabalho ou revisão crítica do conteúdo intelectual relevante; E Aprovação final da versão a ser publicada; E Manifestar concordância em assumir responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as perguntas relacionadas com precisão ou integridade de qualquer parte do estudo sejam apropriadamente investigadas e resolvidas. Os autores devem declarar, na carta de apresentação, a extensão da contribuição de cada autor.

A inclusão de outras pessoas como autores por motivos de amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica constitui uma violação da ética em pesquisa.

Nos casos em que um grande grupo multicêntrico tenha realizado o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam assumir responsabilidade direta pelo manuscrito. Os nomes de instituições não devem ser traduzidos, a menos que exista uma tradução oficial.

Colaboração se refere à supervisão geral de um grupo de pesquisa ou apoio geral administrativo; e assistência em redação, revisão técnica, revisão linguística e verificação final.

Página de resumo e palavras-chave:

O resumo é o segundo ponto de acesso a um artigo e deve permitir que os leitores determinem a relevância do artigo e decidam se lerão ou não todo o texto.

Os artigos de pesquisa original ou revisões sistemáticas devem ser acompanhados de um resumo estruturado de não mais de 250 palavras, subdividido nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados, e (d) Conclusões.

Os outros tipos de contribuições também devem ser acompanhados por um resumo informativo de não mais de 250 palavras.

O resumo não deve incluir nenhuma informação ou conclusões que não apareçam no texto principal. Este deve ser escrito na terceira pessoa e não deve conter notas de rodapé, abreviaturas desconhecidas nem citações bibliográficas.

As palavras-chave, extraídas do vocabulário dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), da BIREME/OPAS/OMS e/ou, MeSH (Medical Subject Headings), da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (NLM), incluindo traduções em português e espanhol, estão disponíveis para que os autores as selecionem ao apresentar o manuscrito. Seu emprego facilita e torna mais específica a busca e recuperação do artigo em bases de dados e motores de busca.

Corpo do artigo:

Artigos de pesquisa original e revisões sistemáticas são, geralmente, organizados segundo o formato IMRAD (Introdução, Materiais e métodos, Resultados e Discussão).

Embora subtítulos possam ser necessários ao longo do artigo, de maneira geral, o parágrafo que dá início ao manuscrito não precisa ser intitulado “Introdução”, visto que este título é normalmente removido durante o processo de revisão. No entanto, o objetivo do artigo deve ser claramente declarado ao final da seção introdutória.

As seções “Resultados e Discussão” podem requerer subtítulos. No caso das “Conclusões”, as quais devem estar incluídas ao final da seção “Discussão”, também podem ser identificadas mediante um subtítulo.

Os artigos de revisão são frequentemente estruturados de modo semelhante aos artigos de pesquisa original, mas devem incluir uma seção descrevendo os métodos usados para selecionar, extrair e sintetizar os dados.

As comunicações breves seguem a mesma sequência dos artigos originais, porém, normalmente, omitem títulos de subdivisão. Outros tipos de contribuições não seguem nenhuma estrutura pré-definida e podem utilizar outras subdivisões, em função de seu conteúdo.

Quando são usadas abreviações, estas devem ser definidas utilizando o termo por extenso por ocasião de sua primeira utilização no texto, seguido da abreviatura ou sigla entre parênteses. Na medida do possível, as abreviações devem ser evitadas. Em termos gerais, as abreviações devem refletir a forma extensa no mesmo idioma do manuscrito, com exceção das abreviaturas reconhecidas internacionalmente em outro idioma.

As notas de rodapé são esclarecimentos ou explicações à margem que interromperiam o fluxo natural do texto, portanto, seu uso deve restringir-se ao mínimo. Notas de rodapé são numeradas sequencialmente e aparecem ao final da página na qual são citadas. Links ou referências a documentos citados devem ser incluídos na lista de referências.

As citações são essenciais ao manuscrito e devem ser relevantes e atuais. Servem para identificar as fontes originais dos conceitos, métodos e das técnicas aos quais se referem, decorrentes de pesquisa, estudos e experiências anteriores. Também apoiam fatos e opiniões expressos pelo autor e apresentam ao leitor a informação bibliográfica necessária para consultar as fontes primárias.

A RPSP/PAJPH segue os Requisitos Uniformes do ICMJE para a Preparação de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas para referências (conhecidos como "Estilo de Vancouver"), que se baseia, em grande parte, no estilo do Instituto Americano de Normas Nacionais adaptado pela Biblioteca Nacional de

Medicina dos Estados Unidos para as suas bases de dados. Os formatos recomendados para uma variedade de documentos e exemplos estão disponíveis em Citing Medicine, segunda edição neste link.

Tabelas e figuras:

As tabelas apresentam informação — geralmente numérica — em uma disposição de valores ordenada e sistemática em linhas e colunas. A apresentação deve ser de fácil compreensão para o leitor, complementando sem duplicar a informação do texto. Informações estatísticas em excesso podem ser, também, difíceis de interpretar. As tabelas devem ser transferidas em separado dos arquivos de texto e apresentadas em formato editável (preferencialmente arquivos Excel), e não como objetos extraídos de outros arquivos ou inseridos em documentos Word. Cada tabela deve conter um título breve, porém completo, indicando lugar, data e fonte da informação. Os títulos de colunas, também, devem ser os mais breves possíveis e indicar a unidade de medida ou a base relativa (porcentagem, taxa, índice etc.).

Informação que falta deve ser indicada por uma elipse (...). Se os dados não se aplicam, a célula deverá indicar "NA" (não se aplica). Se algum desses mecanismos, ou ambos, for utilizado, seu significado deve ser indicado com uma nota de rodapé da tabela.

As tabelas não devem ser separadas por linhas verticais, devendo apresentar três linhas completas horizontais no total: uma abaixo do título, uma segunda sob os títulos da coluna, e a terceira, ao final da tabela, acima das notas de rodapé.

As notas de rodapé de uma tabela devem ser indicadas com letras minúsculas sobrescritas, em ordem alfabética: a, b, c etc. As letras sobrescritas no corpo da tabela deverão seguir uma sequência de cima para baixo e da esquerda para a direita.

Os autores devem se certificar de incluir “chamadas” — pontos de referência no texto a todas as tabelas do texto.

Tabelas ou dados de outra fonte publicada ou inédita devem ser reconhecidos e os autores devem obter permissão prévia para incluí-los no manuscrito. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais detalhes.

As figuras incluem gráficos, diagramas, desenhos, mapas e fotografias. Devem ser usadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. As figuras devem ser de fácil compreensão e devem adicionar informação, em vez de repetir informação anterior do texto ou tabelas. As legendas devem ser breves, porém completas, devendo incluir lugar, data e fonte da informação.

As figuras devem ser enviadas em arquivo separado, em seu formato original editável, seguindo os padrões dos programas de software mais comuns (Excel, Power Point, Open Office ou arquivos .eps).

Havendo espaço suficiente, a legenda de um gráfico ou mapa deve estar incluída como parte da própria figura. Caso contrário, deve ser incluída em seu título. Em mapas e diagramas deve ser indicada a escala em unidades do SI (veja abaixo).

Se a figura ou tabela procede de outra publicação, a fonte deve ser identificada, e deve ser obtida permissão por escrito para reprodução deve ser obtida do titular dos direitos autorais da publicação original. Vide seção 1.8, "Direitos Autorais", para mais informação.

Quando unidades de medida forem utilizadas, os autores devem usar o Sistema Internacional de Unidades (SI), com base no sistema métrico e organizado pelo Comitê Internacional de Pesos e Medidas (Bureau International des Poids et mesures).

As abreviaturas das unidades não são pluralizadas (por exemplo, usar 5 km, não 5kms), nem são seguidas de um ponto (escrever 10 mL, não 10mL.), exceto ao final de uma oração. Os algarismos devem ser agrupados de três em três à esquerda e à direita da vírgula decimal nos manuscritos em espanhol e português (ponto decimal nos manuscritos em inglês), sendo cada grupo de três algarismos separado por um espaço em branco.

Estilo correto:

12 500 350

1 900,05 (artigos em espanhol e em português)

1 900.05 (artigos em inglês)

Estilo incorreto:

12,500,350

1.900,05

Poderá ser usada uma calculadora para converter as unidades, os títulos e outras medidas ao Sistema Internacional.

Submissão do manuscrito:

Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente por meio do sistema online de gestão de manuscritos da Revista.

Os autores serão notificados por e-mail do recebimento de seu manuscrito, e poderão ver o status dos seus manuscritos em qualquer momento a partir de sua conta na seção Author Center, em qualquer etapa do processo.

Todos os manuscritos devem ser acompanhados de uma carta de apresentação que inclua:

Informação sobre todos os relatos e apresentações anteriores;

Possíveis conflitos de interesses;

Permissão para reproduzir material anteriormente publicado;

Confirmação de que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores, incluindo a contribuição de cada autor;

Informação adicional que possa ser útil aos Editores Associados e ao Editor-Chefe.

A carta de apresentação deve ser incluída em um arquivo separado do restante do manuscrito. Nomes e afiliação dos autores não devem ser incluídos em nenhuma parte do documento principal (documento em Word; favor não enviar documentos em PDF), no momento da submissão.

Favor examinar os arquivos e os aspectos mencionados nessas instruções antes do envio de seu manuscrito, certificando-se de que esteja cumprindo todas as Condições para a Publicação, caso seu artigo seja aceito para publicação.

Correção do manuscrito:

Os manuscritos são aceitos na condição de que a editora se reserva o direito de efetuar correções necessárias em questão de uniformidade, clareza e conformidade com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão submetidos à correção de estilo e, depois, serão enviados ao autor correspondente para que responda às indagações do editor, e para aprovar quaisquer correções. Se, durante esta etapa, o autor não responder satisfatoriamente às indagações do editor, a Revista se reserva o direito de não publicar o manuscrito. A fim de evitar atraso na publicação do número correspondente, solicita-se aos autores que devolvam o manuscrito corrigido, com sua aprovação, até a data indicada na mensagem que o acompanha.

A versão definitiva em PDF será enviada ao autor correspondente para aprovação antes da publicação online. Os artigos serão publicados nos formatos HTML e PDF.