

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE NUTRIÇÃO

Luanda de Souza Conrado

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE OS BENEFICIÁRIOS
DO BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE/RS: TELEMONITORAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE
COVID-19**

Porto Alegre
2021

Luanda de Souza Conrado

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO
BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE/RS: TELEMONITORAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso de graduação como requisito parcial à obtenção de grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Ilaine Schuch

Co-orientadora: Me. Darlise Rodrigues dos Passos Gomes

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

Conrado, Luanda de Souza
INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE OS
BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE/RS: TELEMONITORAMENTO DURANTE
A PANDEMIA DE COVID-19 / Luanda de Souza Conrado. --
2021.

56 f.

Orientador: Ilaine Schuch.

Coorientador: Darlise Rodrigues dos Passos Gomes.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Segurança Alimentar e Nutricional;. 2.
Telemonitoramento. 3. Pandemia. 4. Políticas Públicas.
I. Schuch, Ilaine, orient. II. Rodrigues dos Passos
Gomes, Darlise, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Luanda de Souza Conrado

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ENTRE OS BENEFICIÁRIOS DO
BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO
ALEGRE/RS: TELEMONITORAMENTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Trabalho de conclusão de curso de
graduação como requisito parcial à
obtenção de grau de Bacharel em
Nutrição, à Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Curso de Nutrição.

Aprovado em: Porto Alegre, 29 de novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Profa. Dra. Ilaine Schuch

Profa. Dra. Dolores Sanches Wunsch

Prof. Dr. Leonardo Pozza dos Santos

Porto Alegre
2021

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, João Carlos Conrado (*in memoriam*), por todo o amor, carinho, compreensão e suporte necessário durante essa caminhada. A minha gratidão eterna por todos os esforços que fizestes por mim.

À minha mãe, Maria Claudete Conrado, por estar sempre ao meu lado e apesar de todas as dificuldades vivenciadas no último ano, não mediu esforços para manter o nosso sonho da minha conclusão de curso. Sou grata por toda o amor, suporte e paciência que tivesse comigo neste tempo.

Ao meu irmão, Marcelo Conrado, por ser meu exemplo no percurso profissional e pessoal. Te admiro muito!

Às minhas queridas amigas e colegas de profissão, pela troca e parceria que facilitaram e deixaram mais alegre a minha jornada acadêmica.

Ao meu namorado, Ricardo Luiz Scherer Júnior, pela paciência, risadas, amor e por deixar mais leve a minha reta final da jornada acadêmica.

À minha co-orientadora, Me. Darlise Rodrigues dos Passos Gomes, por toda disponibilidade, responsabilidade, empatia, carinho e ensinamentos. Agradeço por todo esse tempo de convivência e pelas trocas, és minha inspiração de profissional.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Ilaine Shuch, por todos os ensinamentos profissionais e pessoais nesta longa trajetória juntas. Agradeço também por me acolher desde o meu segundo semestre de graduação, sendo importante para a minha formação e uma determinante para o meu futuro profissional.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me proporcionar uma formação de excelência, oportunizando um ensino e pesquisa de qualidade. Além do fato, de oportunizar o acesso à saúde à toda população pelo sistema único de saúde (SUS) e para seus alunos diversos aprendizados de vida tornando-nos profissionais excelentes na área da a saúde.

A todos os professores do curso de nutrição da UFRGS, por todos os ensinamentos e dedicação nessa trajetória.

A todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, por todos os ensinamentos e por me mostrarem que um atendimento é muito além de um diagnóstico, em especial ao setor de nutrição.

RESUMO

Introdução: A insegurança alimentar se agravou durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, além dos retrocessos nas políticas públicas voltadas para a alimentação. Frente às medidas de isolamento e de distanciamento social, as equipes de Atenção Primária à Saúde precisaram inovar suas práticas de cuidado, através do uso das tecnologias, para garantir o vínculo e o acompanhamento das condicionalidades em saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família. Nesse contexto, o telemonitoramento surge como alternativa. **Objetivo:** avaliar a situação de Insegurança Alimentar e Nutricional entre famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS, Brasil, por telemonitoramento, no período de pandemia de COVID-19. **Métodos:** estudo observacional transversal descritivo com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, pertencentes ao território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no Distrito de Saúde Centro do município de Porto Alegre/RS; utilizou-se questionário estruturado com perguntas fechadas sobre questões demográficas, socioeconômicas e as modificações na rotina familiar decorrentes da pandemia; aplicou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, no diagnóstico de segurança alimentar e nutricional. Além disso, foram aplicados os Marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde. **Resultados:** a prevalência de insegurança alimentar foi de 92%, sendo 14,9% grave, 29,9% moderada e 47,2% leve dentre as 87 famílias avaliadas. Analisou-se que 46% das respondentes da pesquisa realizavam até três refeições ao dia. Além de um padrão alimentar não saudável caracterizado pelo baixo consumo de verduras e legumes e alto consumo de alimentos ultraprocessados. **Conclusão:** Evidenciou-se elevada prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional nas famílias durante a pandemia sugerindo que as ações e programas públicos de atenção às famílias nesta situação não foram suficientes para abrandar a falta de alimentos e de renda.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Telemonitoramento; Pandemia; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: Food insecurity worsened during the COVID-19 pandemic in Brazil, in addition to setbacks in public policies aimed at food. In view of the isolation and social distancing measures, the Primary Health Care teams needed to innovate their care practices, through the use of technologies, to ensure the bond and monitoring of the health conditionalities of the beneficiaries of the *Programa Bolsa Família*. In this context, telemonitoring appears as an alternative. **Objective:** to assess the situation of Food and Nutritional Insecurity among beneficiary families of *Programa Bolsa Família* belonging to a Basic Health Unit in the city of Porto Alegre/RS, Brazil, by telemonitoring, during the COVID-19 pandemic period. **Methods:** descriptive cross-sectional observational study with beneficiary families of the *Programa Bolsa Família*, belonging to the territory covered by a Basic Health Unit, located in the Centro Saúde District of the city of Porto Alegre/RS; a structured questionnaire with closed questions on demographic and socioeconomic issues and changes in family routine resulting from the pandemic was used; the Brazilian Scale of Food Insecurity was applied in the diagnosis of food and nutrition security. In addition, food consumption markers from the Ministry of Health's Food and Nutritional Surveillance System were applied. **Results:** the prevalence of food insecurity was 92%, with 14.9% severe, 29.9% moderate and 47.2% mild among the 87 families evaluated. It was analyzed that 46% of the survey respondents had up to three meals a day. In addition to an unhealthy eating pattern characterized by low consumption of vegetables and high consumption of ultra-processed foods. **Conclusion:** There was a high prevalence of Food and Nutritional Insecurity in families during the pandemic, suggesting that public actions and programs to care for families in this situation were not enough to alleviate the lack of food and income.

Keywords: Food and Nutritional Security; Telemonitoring; Pandemic; Public policy.

LISTA DE TABELA

Quadro 1 — PONTOS DE CORTE PROPOSTOS NA EBIA.....	48
Tabela 1 — CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIECONOMÔMICAS DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	49
Tabela 2 —SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	50
Tabela 3 — COMPORTAMENTO E CONSUMO ALIMENTARES.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	13
2.1.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	13
2.1.2 POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL	15
2.1.3 AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL .	17
2.2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	19
2.3 PANDEMIA: IMPACTOS NA IA E USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE	21
3 JUSTIFICATIVA	23
4 OBJETIVOS	24
4.1 OBJETIVO GERAL	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
REFERÊNCIAS	25
ARTIGO	29
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	52
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO TELEMONITORAMENTO BOLSA FAMÍLIA - VIGÊNCIA 2020/2	53

1 INTRODUÇÃO

O acesso à alimentação é um direito humano e deve ser efetivado mediante políticas públicas e programas intersetoriais de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A SAN é definida como o acesso regular de alimentos com qualidade, quantidade e respeitando a diversidade cultural, ambiental e sem afetar o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2008). Nesse contexto, os Programas de Transferência Condicionada de Renda, dentre os quais destaca-se o Programa Bolsa Família (PBF), são considerados estratégias de proteção social de combate à pobreza e à fome, que incluem condicionalidades de participação associadas ao acesso a direitos básicos como saúde e educação (BRASIL, 2010).

No âmbito das condicionalidades, o PBF prevê que as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) realizem a avaliação e o acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do programa, visando à promoção do cuidado integral e de maneira articulada com a rede intersetorial (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017). A realização destas avaliações, que devem ocorrer no mínimo duas vezes ao ano, esteve dificultada no período da pandemia de COVID-19 quando as autoridades sanitárias passaram a recomendar medidas de distanciamento social visando diminuir a propagação do vírus.

A pandemia também agravou a situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (IA) entre a população brasileira, mas as famílias de maior vulnerabilidade social foram impactadas pela falta de alimentos de forma mais rápida e intensa. A redução ou perda da renda do trabalho e a inflação de preços de alimentos da cesta básica influenciaram negativamente o acesso ao alimento (OLIVEIRA; ABRANCHES; LANA, 2020). Durante a pandemia de COVID-19 mais da metade dos brasileiros (55,2%) apresentavam algum grau de IA sendo que 19 milhões destes já estavam em situação de fome (9%), refletindo o retrocesso nos níveis de SAN a patamares não observados desde 2004 em nosso país, conforme dados contidos no relatório do Inquérito Nacional de IA (REDE PENSSAN, 2021). A falta de renda é destacada como fator de agravamento da insegurança alimentar, visto que o nível de IA moderada e grave nos domicílios das famílias que possuíam renda *per capita* de até um quarto de salário-mínimo era aproximadamente três vezes maior quando comparado às que recebiam até um salário-mínimo (REDE PENSSAN, 2021). Estudos prévios à pandemia já demonstraram elevada prevalência de IA entre beneficiários do PBF, atingindo mais

de 70% da população avaliada (SUZART *et al.*, 2017; PACHECO *et al.*, 2018), especialmente nas famílias com crianças menores de 5 anos (DOS SANTOS *et al.*, 2020).

Frente a essa realidade, as equipes da APS precisaram reorganizar o processo de trabalho para garantir o acompanhamento das famílias beneficiárias. Neste sentido surge o desafio do uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde, dentre elas o telemonitoramento, cuja autorização foi dada pelo Ministério da Saúde, viabilizando assim, a continuidade da assistência integral à saúde nesse período (BRASIL, 2020).

O objetivo deste artigo é descrever o resultado da avaliação da situação de Insegurança Alimentar e Nutricional entre famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS, Brasil, por telemonitoramento, no período de pandemia de COVID-19.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

2.1.1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

O termo Segurança Alimentar surgiu após a Primeira Guerra Mundial, no início do século XX na Europa. Neste período, consolidou-se a teoria que a soberania de um país era dependente da sua capacidade de auto abastecimento de alimentos. Durante a Segunda Guerra Mundial, com uma parcela da Europa devastada e sem a possibilidade de produzir individualmente o alimento, foi impulsionada a importância da criação da Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas (FAO/ONU), relacionando a Segurança Alimentar com o auxílio e a distribuição do excedente de alimentos produzidos. Nessa época, havia o entendimento que devido à produção insuficiente de alimentos, principalmente, em países com menor renda, a população tinha maior probabilidade de IA (MALAQUIAS, 2003; J. MACHADO, 2011).

Em meados da década de 60, realizou-se um experimento para o aumento da produtividade agrícola de determinados alimentos, visando o uso da tecnologia e da variedade genética, com a utilização de produtos químicos. A Revolução Verde, como ficou conhecida mundialmente, acarretou em diversas mudanças na produção, como maior nível na produtividade, insumos químicos e tecnologias na agricultura, surgindo às sementes de Variedades de Alto Rendimento, substituindo as sementes crioulas. A vasta diversidade de produção foi alterada para sistemas de monoculturas, ocasionando, tempos depois, prejuízos ambientais, econômicos e sociais. Além disso, observou-se a diminuição da biodiversidade do solo e das sementes, no êxodo rural, contaminação do solo e alimentos ricos em agrotóxicos (VALENTE, 2002; J. MACHADO, 2011).

Na década de 70, experimentou-se uma crise mundial devido à escassez de alimentos, culminando, em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação, identificando que a Segurança Alimentar necessitava de políticas públicas de armazenamento e de oferta de alimentos, juntamente, com a ideia do aumento da geração de alimentos. Com base nisso, somente o aumento da produção era insuficiente e surgiu a necessidade de assegurar a regularidade do abastecimento (NOVAES, 2008; J. MACHADO, 2011).

Até então, o termo Segurança Alimentar visava apenas o alimento e não o indivíduo. A partir dos anos 80, mesmo com estoques superlotados, diminuição de preços dos produtos alimentícios e início da produção de alimentos industrializados, verificou-se que não houve êxito na extinção da fome. Desse modo, evidenciou-se que a causa da IA estava vinculada à desigualdade social e não apenas à falta de alimentos. Frente a esse cenário, a definição dessa terminologia passou a incorporar também a garantia de acesso físico, econômico e em quantidades suficientes de alimentos para toda a população, sendo ampliada novamente, no final da mesma década, incluindo-se a qualidade sanitária, biológica, nutricional, e cultural dos alimentos (BRASIL, 2008; PANELLI-MARTINS et. al., 2008; J. MACHADO, 2011).

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), no Brasil, surgiu no final de 1985, devido ao aumento da mobilização popular. Elaborou-se uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar (PNSAN) visando atingir a produção suficiente e suprir as necessidades alimentares da sociedade. Um ano mais tarde, ocorreu a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, sendo retomada a criação do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição e, também, de um Sistema Alimentar e Nutricional (ARRUDA & ARRUDA, 2007; J. MACHADO, 2011).

Dez anos mais tarde, em 1996, a Cúpula Mundial da Alimentação reuniu, em Roma, 186 representantes das nações que se comprometeram a erradicar a fome mundial e reduzir pela metade o número de desnutridos até o ano de 2015 (ROSA, 2004; J. MACHADO, 2011). Neste mesmo ano, intensificou-se a discussão acerca da soberania alimentar, refletindo na autonomia alimentar dos países e, ainda, na geração de empregos, devido à menor importação de produtos e aumento de cultivos alimentares dentro de cada região (BELIK, 2003; J. MACHADO, 2011). Além disso, no Brasil, ocorreu a criação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), sendo em grande parte dos participantes selecionados pelo movimento “Pela Ética na Política”, com a presença de ministros de Estado e a sociedade civil, elaborando-se a implantação do Plano Nacional de Combate a Fome e a Miséria, dentro dos princípios de solidariedade, parceria e descentralização. E, ainda, o Governo Federal, pela primeira vez, determinou que seria prioridade do governo o enfrentamento da fome, miséria e da violência (PESSANHA, 2002; VALENTE, 2002; J. MACHADO, 2011).

O relatório final da I Conferência Nacional de Segurança Alimentar refletiu a concentração de renda e de terra como um dos principais determinantes da fome e

da miséria em nosso país. Nessa época, a SAN foi definida como o conjunto de princípios de políticas e estratégias que assegurem, permanentemente, o direito de acesso de todos os cidadãos brasileiros aos alimentos, a preços adequados, em quantidade e qualidade necessárias nutricionalmente, para garantir uma vida saudável e digna, além disso, aos direitos de cidadania (VALENTE, 2002; J. MACHADO, 2011). Nesse contexto, cabe mencionar a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), uma aproximação governamental responsável pela coordenação e monitoramento das políticas públicas, no âmbito federal, relacionadas à SAN e ao combate à fome, e à garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). O DHAA, em 1964, certificou-se no âmbito internacional, pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais e foi reafirmado no Brasil por meio da aprovação da Lei Orgânica da SAN (LOSAN, nº 11.346/2006) que pertence ao SISAN e, em 2010, foi adicionado entre os direitos sociais da Constituição Federal pela aprovação da Emenda Constitucional nº 64 (BRASIL, 2006; Organização das Nações Unidas, 2011; J. MACHADO, 2011).

Finalmente, o conceito de SAN ampliou-se na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar (CNSE), no ano de 2004 e, está estabelecida na LOSAN, estruturada em duas dimensões: alimentar e nutricional. A dimensão “alimentar” refere-se sobre a disponibilidade e acesso ao alimento e a “nutricional” relaciona-se diretamente com a escolha e preparo dos alimentos e a sua relação com a saúde - excedendo a barreira dos processos de deficiências nutricionais da população, como era enfocada até então em nosso país (BRASIL, 2006). Assim, a SAN objetiva assegurar o direito de todos ao acesso contínuo a alimentos de qualidade, em quantidades suficientes sem impedir o acesso a outras necessidades essenciais, além disso, tem que respeitar a diversidade cultural, ambiental e ser socialmente sustentável (BRASIL, 2006). Dessa forma, quando há violação do mesmo, acarretará em situações de IA (BRASIL, 2008).

2.1.2 POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO BRASIL

A aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, em consonância com outras políticas públicas, reconhece a alimentação e à saúde como um direito humano, baseando-se nos princípios organizativos do SUS (MS, 2013). Tem como intuito a melhoria das condições alimentares, nutricionais e de

saúde da sociedade brasileira, por meio de práticas alimentares saudáveis e adequadas, a disponibilidade da vigilância sanitária e nutricional, prevenção e cuidado na íntegra dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (MS, 2013). A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) prevê o direito humano à alimentação adequada a toda população brasileira, assegurado pelo Estado este direito ao acesso à quantidade, qualidade e regularidade de alimentos em todas as fases da vida (ROCHA et. al, 2004; J. MACHADO, 2011). Em 2003, o tema SAN esteve no centro da política em desenvolvimento e o Instituto de Cidadania desenvolveu o Programa Fome Zero (PFZ) para o enfrentamento da fome e da miséria no país. Tendo o propósito de combater as origens estruturais da fome, que acarretam em exclusão social e na garantia à Segurança Alimentar a toda sociedade brasileira, juntamente, com a PNSAN, sendo responsabilidade do Governo - Federal, Estadual e Municipal - e de todos os Ministérios (BRASIL, 2009; J. MACHADO, 2011).

A Lei nº 11.346, em 2006, implementou o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o intuito de garantir o direito humano à alimentação adequada. Esta Lei estabelece diretrizes, objetivos e definições que corroboram para as políticas referentes a SAN. O SISAN objetiva aproximar desde a produção até a chegada do alimento na mesa da sociedade e também suas inter-relações (BRASIL, 2006; BURLANDY, 2009; J. MACHADO, 2011). Progressivamente, a SAN no Brasil alcançou a esfera municipal, tendo em vista a descentralização das políticas públicas sociais. Assim, os municípios passam a ter direito de implementação das ações voltadas à promoção da SAN, devendo assegurar e identificar os grupos socialmente vulneráveis, além de acompanhar e avaliar os resultados das ações realizadas (PANELLI-MARTINS et.al., 2008; J. MACHADO, 2011).

Entende-se que o conjunto articulado de políticas públicas envolvendo a alimentação e a saúde, visam assegurar à sociedade, em especial às populações em situação de maior vulnerabilidade social, a garantia de direitos fundamentais para a sua sobrevivência. Desse modo, os serviços de saúde em parceria com os da assistência social devem garantir o acompanhamento e o vínculo de famílias visando à assistência e promover a equidade social (J. MACHADO, 2011).

2.1.3 AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A SAN, por definição, abrange diversas áreas tanto sociais, políticas, econômicas, culturais e também de saúde (BRASIL, 2013). A Insegurança Alimentar e Nutricional retrata a vulnerabilidade social do país e sua manifestação pode ser observada de diversas formas, desde a fome, a desnutrição e as carências nutricionais até o excesso de peso e as doenças correlacionadas a uma alimentação inadequada, tais como diabetes, hipertensão, dislipidemias, dentre outras (SEGALL-CÔRREA AM, 2007).

A relevância deste problema social - pessoas em situação de fome e os seus riscos à saúde - foram fundamentais para os estudos sobre a IA, e a criação de uma Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que tem por finalidade avaliar de forma direta a SAN em uma determinada população, por meio da percepção e do nível de experiência do indivíduo em vivenciar a fome (DOS SANTOS, et. al., 2014). A EBIA avalia a percepção progressiva do agravamento da situação, observando o agravo da qualidade nutricional e diversificação da dieta, devido à redução de gastos e a percepção dos adultos da família estarem excluindo ou diminuindo algumas refeições, sendo as crianças poupadas nas situações de menor gravidade de fome (SALLES-COSTA. R; SEGALL-CORRÊA, 2008).

O estudo de 2003 propôs a criação da EBIA a partir da tradução da escala de IA americana, com o intuito de elaborar uma escala própria para a realidade brasileira, que mensura a SAN, sendo constituída por quatorze perguntas fechadas, questionadas durante os últimos três meses e tendo como base a visão dos entrevistados sobre a sua situação alimentar e classificada como IA leve, moderada ou grave (SEGALL-CORRÊA AM, MARIN-LÉON, 2009).

E a EBIA versão curta composta por cinco perguntas fechadas e, proposta em 2014, envolveu 230 famílias de renda baixa, apresentando resultados semelhantes à escala original, porém, não distingue em IA leve, moderada ou grave e uma das vantagens é o tempo reduzido e a facilidade de aplicação (DOS SANTOS, L, MOTTA, JANAÍNA et. al., 2014).

A EBIA é considerada um indicador sensível para detectar risco de IA em famílias e também uma ferramenta relevante para a avaliação dos efeitos de ações de políticas públicas (BEZERRA et al, 2017). É o único instrumento de avaliação de

IA validado no Brasil (D. MORAIS et. al., 2014), por isso vem sendo amplamente empregada com diversos públicos e contextos em nosso país. Diversas pesquisas realizadas no Brasil, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e a Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (PNAD), avaliam a situação de insegurança alimentar da população. A PNDS, em 2006, relacionou a IA com diversas variáveis como o consumo alimentar, estado nutricional, condições socioeconômicas, demográficas e de saúde voltadas às mulheres de 15 a 49 anos e crianças de até 5 anos de idade (D. MORAIS et. al., 2014). Já a PNAD (2004, 2009, 2013) utiliza a EBIA para avaliar de forma permanente, características gerais da população como: educação, trabalho, rendimento e habitação nos domicílios brasileiros, refletindo a situação de IA no Brasil. A pesquisa da PNAD, observou que entre os anos de 2004 e 2009, ocorreu redução da proporção de domicílios com moradores em situação de IA tanto na zona urbana (de 33,3% para 29,4%) quanto na rural (de 43,6% para 35,1%) (IBGE, 2010). No ano de 2013, os dados da área urbana reduziram de 29,4 para 20,5% e na área rural houve um aumento de 35,1% para 35,3% (IBGE, 2014). Já a PNDS 2006, mostrou que 38% da população encontrava-se em situação de IA (R. HOFFMANN, 2008; 2013; 2014). A comparação dos indicadores do ano de 2013 com os dos anos anteriores, demonstra redução da prevalência de IA no ano de 2013. (IBGE, 2014; R. HOFFMANN, 2014).

Em 2014, o Brasil ficou em destaque no Relatório de IA no Mundo, saindo do mapa da fome, que segundo dados da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), entre 2002 e 2013, reduziu em 82% a população de brasileiros em situação de sub desnutrição. O relatório apontou ainda que, entre 1990 e 2014, o percentual de queda foi de 84,7%, sendo um dos fatores que contribuiu para esse avanço foi o PBF, além de outros programas e políticas públicas (Brasil, 2015). Entretanto, recentemente vem se observando que o número de pessoas em situação de fome está aumentando a probabilidade do Brasil entrar no mapa da fome novamente. Segundo dados do IBGE, em 2018, 25,3% da população brasileira vivia em situação de pobreza ou extrema pobreza no país (IBGE, 2018). Cabe destacar que, em momentos atípicos, como o vivenciado atualmente com a pandemia do COVID-19, a população em maior vulnerabilidade social e econômica, acaba sendo mais afetada no contexto da IA. A situação de isolamento social, associada à instabilidade de trabalho formal e de renda familiar, podem acarretar na redução ao acesso a alimentos e, por consequência, em uma redução na qualidade e quantidade

alimentar, ocasionando em fome e outras repercussões para a saúde. Por esse motivo, medidas governamentais para a proteção social e a promoção da SAN é de extrema necessidade ainda mais em momentos atípicos (JAIME, 2020).

2.2 PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Na década de 90, surgem os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTRC) em diversos países da América Latina, como possível estratégia social de combate à pobreza (SIMÕES, 2012; MORAES D.V, et. al., 2017). Reduzir os níveis de desigualdade social e erradicar a pobreza são objetivos dificilmente alcançáveis sem a ação de métodos diretos de redistribuição de renda. Nesse contexto, os PTRC são exemplos práticos de obtenção deste mecanismo (BAQUERO, 2007; SOARES et al., 2007; VETTORE & J.MACHADO, 2011).

No Brasil, devido à Constituição de 88, observou-se a expansão dos direitos humanos e sociais garantindo-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a expansão dos serviços de assistência social. No final da década de 90, foram criados os Programas de Bolsa Escola e Alimentação e o Auxílio Gás. Em 2003, com a mudança governamental, foi inserido o Programa Cartão Alimentação e, no ano seguinte, unificou-se quatro programas governamentais sociais, originando o Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2010; MORAES D.V, et. al., 2020).

O PBF consiste em um programa estratégico no âmbito da Fome Zero – uma proposta de política da SAN, integrado com os 17 objetivos sustentáveis da ONU, criado através da medida provisória nº132, no ano de 2003, modificada no início do ano de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, sendo considerada uma referência de programa de transferência de renda do governo brasileiro (BRASIL, 2006). Ele possui eixos estratégicos ancorados nos seguintes propósitos: combater a fome, a pobreza e as desigualdades por meio da transferência de um benefício financeiro associado à garantia do acesso aos direitos sociais básicos de saúde; promover a inclusão social - auxiliando para a emancipação das famílias beneficiárias, construindo meios e condições para que consigam desvencilhar da situação de vulnerabilidade em que se encontram e além da saúde, educação, assistência social e segurança alimentar (MDS, 2006).

Atualmente, o PBF atende mais de 13,9 milhões de beneficiários no território brasileiro, com renda familiar per capita até R\$ 178,00 (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

Entretanto, dependendo da quantidade e da idade dos membros da família, os valores recebidos podem variar entre R\$ 41,00 a R\$ 205,00. Famílias com renda mensal de até R\$ 89,00, por pessoa (consideradas de extrema pobreza) recebem o benefício, independentemente da idade dos membros da família. Já as famílias que possuem renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa, só ingressam no programa se houver gestante, crianças ou adolescentes até 17 anos na composição familiar (BRASIL, 2015).

Para o recebimento do benefício, os usuários devem cumprir com algumas condicionalidades referentes à atualização cadastral e no âmbito da educação e da saúde. A atualização dos dados cadastrais no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é de extrema importância e de responsabilidade do município. Com base nesses dados, é realizada a permissão dos benefícios do PBF, de forma pessoal e automatizada. Na educação, todas as crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos devem apresentar frequência escolar mensal mínima de 85% da carga horária, enquanto os estudantes entre 16 e 17 anos devem ter frequência mínima de 75%. Em relação à saúde, as condicionalidades para as crianças até 7 anos de idade incluem a vacinação em dia, comprovada através da caderneta de saúde, e a verificação do desenvolvimento e crescimento, incluindo a aferição de medidas antropométricas de peso e altura e, para as mulheres em idade fértil (14 a 44 anos) devem fazer o acompanhamento de saúde e, em caso de gestação, devem realizar as consultas de pré-natal (BRASIL, 2015).

A gestão do PBF é executada de forma descentralizada - entre os entes federados. Existem três processos principais: a Gestão de Benefícios, a Gestão de Condicionalidades e a Gestão Financeira que conta com um Sistema de operacionalização e gestão - Cadastro Único. A implantação do PBF tem como intuito que estes processos e o Cadastro Único sejam realizados de forma compartilhada e as três esferas de governo têm responsabilidades no combate à pobreza e à desigualdade (BRASIL, 2015).

A responsabilidade pelo acompanhamento das condicionalidades em saúde das famílias beneficiárias, conforme mencionado anteriormente, é de todos os membros que compõem as equipes da APS. Cada UBS consegue, através do Mapa de Acompanhamento fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), fazer o reconhecimento das famílias pertencentes ao seu território de abrangência e, a partir dele, realizar o registro do acompanhamento em saúde a cada vigência do programa.

Da mesma forma, através desse mapa é possível realizar a busca ativa das famílias faltosas no acompanhamento de saúde em cada vigência (BRASIL, 2015).

Os dados coletados referentes ao acompanhamento das condicionalidades em saúde são encaminhados à SMS que tem a responsabilidade de registrar as informações na Plataforma e-Gestor AB – Sistema Bolsa Família, respeitando os prazos de cada vigência (1ª vigência: janeiro a junho; 2ª vigência: julho a dezembro), para não ter a perda das informações e também não prejudicar o repasse financeiro previsto pelo Índice de Gestão Descentralizada (IGD) (BRASIL, 2010). Destaca-se que os dados antropométricos dos beneficiários são enviados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o qual permite realizar a vigilância do estado nutricional dos indivíduos nos diferentes ciclos da vida, subsidiando políticas e programas relacionados à alimentação e nutrição. Por fim, as informações de cada município são consolidadas pelo Ministério da Saúde e encaminhadas para o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de forma digital (BRASIL, 2010).

Em relação ao financiamento do PBF, foi criado o IGD para apoiar os estados (IGDE) e os municípios (IGDM) na gestão intersetorial do Programa. Os recursos são calculados conforme quatro indicadores: a atualização e qualidade do Cadastro Único, condicionalidades da saúde e condicionalidades da educação (BRASIL, 2010).

De acordo com Magalhães Jr et al. (2013), existem evidências que o PBF proporcionou impactos positivos na situação de vida e saúde dos beneficiários, proporcionando melhoria do acesso à APS e a utilização dos serviços relacionados e, também, a diminuição de desfechos negativos em saúde, tais como desnutrição, mortalidade infantil e baixo peso ao nascer. Além disso, o PBF possui influência positiva no alcance de objetivos de outros programas sociais, como a SAN. Estima-se que o PBF reduziu cerca de 25% da extrema pobreza extrema e de 15% da redução da pobreza desde a sua criação (SOUZA, LEPPF et. al., 2019; SILVA, R. C. R. et. al., 2020).

2.3 PANDEMIA: IMPACTOS NA IA E USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

Em dezembro de 2019, ocorreu a transmissão de um novo coronavírus (SARS-CoV-2), o qual foi identificado e registrado na China, sendo proliferado para outros países rapidamente, declarando-se então uma pandemia pela Organização Mundial

da Saúde (OMS) (MS, 2020). No Brasil, o primeiro caso foi em fevereiro de 2020 em São Paulo e mais 16 países identificados casos de COVID-19 (MS, 2020).

De acordo com a OMS, cerca de 80% da população pode ser assintomática (sem sintomas) ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e cerca de 20% de pacientes com *COVID-19* podem apresentar dificuldade respiratória, sendo que, destes, aproximadamente, 5% pode necessitar de suporte ventilatório (MS, 2020).

O Covid-19 atingiu toda a população mundial, mas os países mais pobres foram os mais afetados. No Brasil, até abril de 2021, foram registrados 4.345.610 casos infectados pelo coronavírus, 11.305.746 recuperados e 330.193 mortes (MS, 2020). Além das repercussões verificadas para os sistemas de saúde a nível mundial, inúmeros componentes da vida são afetados, desde dificuldades financeiras até a situação de fome. Estimativas atuais demonstram que mais de 130 milhões de pessoas têm a probabilidade de estar em situação de fome até o final de 2020. E, com a pandemia, cerca de 49 milhões de pessoas podem ficar em extrema pobreza até o final do mesmo ano (UNICEF, 2020; SILVA, R. C. R. et. al., 2020).

Para o período da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), o governo brasileiro disponibilizou um auxílio emergencial para os beneficiários do PBF e para os cidadãos que atendessem a certos pré-requisitos estabelecidos. O intuito era o fornecimento de proteção financeira para indivíduos de baixa renda no período de enfrentamento à crise (BRASIL, 2020).

Nesse novo cenário no qual medidas de prevenção relacionadas ao isolamento/distanciamento social e a necessidade dos serviços de saúde voltarem-se ao enfrentamento da pandemia, o Ministério da Saúde autorizou a utilização de meios tecnológicos pelas equipes de APS para o contato com os usuários, visando à assistência de saúde nesse período (BRASIL, 2020). A modalidade de atendimento telefônico para consultas e/ou monitoramento da situação de saúde da população surgiram como alternativas para que as equipes pudessem manter o vínculo com a população e a assistência à saúde, sobretudo aos mais vulneráveis frente à pandemia, neles incluídos os beneficiários do PBF.

3 JUSTIFICATIVA

A Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional tem o intuito de ressaltar o direito humano ao acesso diário há uma alimentação digna e saudável. Neste contexto, os programas de benefícios sociais corroboram para a diminuição da IA, tais como o PBF, no caso do Brasil.

Em momentos atípicos como o vivenciado na pandemia de COVID-19, medidas governamentais são fundamentais para não agravar o número de pessoas em situação de fome no Brasil. Associado a isso é fundamental que as equipes de APS mantenham vínculo com as famílias do território de abrangência, sobretudo as que encontram-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, além do monitoramento e acompanhamento da situação de saúde e IA.

Assim, uma análise criteriosa é necessária para obtenção de dados sobre o agravamento da IA em beneficiários do PBF residentes no território de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre - RS.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a situação de insegurança alimentar entre beneficiários do Programa Bolsa Família residentes no território de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, no ano de 2020.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos beneficiários pertencentes ao território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde;

Descrever as prevalências de segurança e de insegurança alimentar na população beneficiária do PBF;

Explorar as possíveis repercussões da Pandemia por COVID-19 nas prevalências de IA.

REFERÊNCIAS

ARRUDA B.K.G; ARRUDA, I.K.G. Marcos referencias da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v. 7, n. 3: p. 319-326. 2007.

BAQUERO, M. **Democracia e desigualdades na América Latina: novas perspectiva**. Porto Alegre: UFRGS. 2007.

BELIK, W. Perspectivas para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v. 12, n. 1, 2003.

BEZERRA, THAÍSE ALVES. (In)segurança alimentar familiar com enfoque na iniquidade social. Dissertação. Campina Grande, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher- PNDS: 2006.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2006 Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/losanfinal15092006.pdf>. Acessado em 23 de novembro de 2020.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Avanços e Desafios da Implementação do Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil. Relatório Técnico. Brasília, Rio de Janeiro: ABRANDH; CERESAN; CONSEA; FAO-RLC/ ALCSH, março de 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Manual de Orientação sobre o Bolsa Família na Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social Combate à Fome. **Bolsa Família: transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social**. Brasília, Cartilha PBF, p. 1-20, 2015.

BRASIL. **Conselho Nacional da Saúde. Recomendação nº 020 de 07 de Abril de 2020.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Disponível em: Acesso em: 18 de Agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil.** 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 out. 2020

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Recomendação nº 020 de 07 de Abril de 2020.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf>>. Acesso em: 30 de setembro de 2020.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil, estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal do governo. *Cienc Saúde Coletiva*, v.14, n. 3: p. 851-860. 2009.

DE CASTRO MORAIS, Dayane; Veloso Dutra, Luiza; do Carmo Castro Franceschin, Sylvia; Priore, Silvia Eloiza. **Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática.** *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, núm. 5, mayo-, 2014, pp. 1475-1488 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

DOS SANTOS, Eduarda Emanuela Silva; DE OLIVEIRA, Maria Mônica; BERNARDINO, Ítalo de Macedo; PEDRAZA, Dixis Figueroa. **Food and nutritional insecurity of families using the family health strategy in two municipalities in Paraíba, Brazil.** *Ciencia e Saude Coletiva*, vol. 25, no. 5, p. 1607–1617, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33412019>.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O Impacto do COVID-19 na Segurança Alimentar e Nutricional.** 2020. Disponível em: <<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2020/>>. Acesso em: 22 de setembro de 2020.

Hoffmann R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD de 2004. *Segur Aliment Nutr.* 2008;15(1):49-61.

Hoffmann R. Transferências de renda e desigualdade no Brasil (1995-2011). In: Campello T, Neri M, editores. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. p. 207-16.

Hoffmann R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil em 2004 e 2009. *Segur Aliment Nutr.* 2013;20(2):219- 35

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2004/2009*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. 171 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2013*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014. 123 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Pesquisa de Orçamentos Familiares/ POF 2017-2018 - Análise da segurança alimentar no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

JAIME, Patricia Constante. *Pandemia de COVID19: implicações para (in)segurança alimentar e nutricional*. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil, 2020.

MACHADO, Juliana Costa. **(IN)SEGURANÇA ALIMENTAR, CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS DE FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, MUNICÍPIO DE PAULA CÂNDIDO, MG**. Dissertação. 2011. 150 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Nutrição, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2011.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda *et al.* O PAPEL DO SETOR SAÚDE NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: HISTÓRICO, RESULTADOS E DESAFIOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: Ipea, 2013. p. 1-494.

MALAQUIAS, B. F. Da fome à segurança alimentar: retrospecto e visão prospectiva. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 872-873, 2003.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1ª edição. Brasília, 2013.

MORAES, Verena Duarte de; Machado, Cristiani Vieira. O Programa Bolsa Família e as condicionalidades de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. **SAÚDE DEBATE**. RIO DE JANEIRO, V. 41, N. especial 3, P. 129-143, 2017.

NOVAES, C.R.L. **Segurança Alimentar e Nutricional: um estudo da contribuição do Banco Municipal de Alimentos de Diadema**. Tese de 128 Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 112 p. 2008.

OLIVEIRA, Tatiana Coura; ABRANCHES, Monise Viana; LANA, Raquel Martins. **Food (in)security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic**. Cadernos de Saude Publica, vol. 36, no. 4, p. 1–6, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055220>.

PACHECO, Pauline Müller; DE OLIVEIRA PEDROSO, Márcia Regina; GONÇALVES, Samira Carvalho; CUERVO, Maria Rita Mac Edo; ROSSONI, Eloá. **Food and nutritional security of families assisted by the Bolsa Família cash transfer program in primary health care**. Mundo da Saude, vol. 42, no. 2, p. 459–477, 2018. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184202459477>.

PANELLI-MARTINS, B. E., SANTOS, S. M. C., ASSIS, A. M. O. Segurança Alimentar e Nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. **Rev Nutr**, Campinas, v. 21 (suppl): 2008.

PESSANHA, L. D. R. A. **Experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento** [Textos para discussão] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Departamento de Ensino e Pesquisa, 67 p. 2002.

REDE PENSSAN. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. Brasil: [s. n.], 2021.

RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 25, n. 9, p. 3421-3430, 28 jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO).

ROSA, W. L. **Segurança Alimentar e Nutricional e o Programa Fome Zero**. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 130 p., 2004.

ROCHA, M.; PAGANINI, S. Segurança Alimentar: um desafio para acabar com a fome no Brasil. Ed. Fundação Perseu Abramo, 1ªed., São Paulo, 2004.

SALLES-COSTA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Novas possibilidades de alimentação a caminho? Democracia Viva, n. 39: p. 68-73. 2008.

SANTOS, LP et al. **Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar**. Rev Saúde Pública, 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estud Av**, v. 21, n. 60: p.143-154. 2007b.

SEGALL-CORRÊA, A. M, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur Aliment Nutr*. 2009;16(2):1-19.

SIMÕES, A. A. The contribution of Bolsa Família to the educational achievement of economically disadvantaged children in Brazil. 2012. 277 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade de Sussex, Brighton, 2012.

SOARES, F. V., et al. Programas de Transferência de Renda no Brasil: Impactos sobre a desigualdade. ANPEC 2007.

Souza LEPP *et al.* **O impacto potencial da austeridade no cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil**. BMJ Global Health 2019.

SUZART, André Souza; FERREIRA, Aldo Pacheco; LEMOS, Gyselle Cynthia Silva Meireles; CORREA, Geffer Thiago Batista; BONFATTI, Renato José; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. **REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM ESTUDO DE CASO**. Revista Baiana de Saúde Pública, vol. 41, no. 3, p. 1–177, 19 May 2017. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2525>.

VALENTE, F. L. S. In: **Direito Humano à Alimentação**. Cortez Editora. São Paulo. 2002. p. 43-47.

VETTORE, M. LAMARCA, G. Programa de transferência condicionada de renda: um possível redutor das iniquidades sociais no Brasil ? Conferência Mundial dos Determinantes Sociais de Saúde, 2011.

INTRODUÇÃO

O acesso à alimentação é um direito humano e deve ser efetivado mediante políticas públicas e programas intersetoriais de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A SAN é definida como o acesso regular de alimentos com qualidade, quantidade e respeitando a diversidade cultural, ambiental e sem afetar o acesso a outras necessidades essenciais (BRASIL, 2008). Nesse contexto, os Programas de Transferência Condicionada de Renda, dentre os quais destaca-se o Programa Bolsa Família (PBF), são considerados estratégias de proteção social de combate à pobreza e à fome, que incluem condicionalidades de participação associadas ao acesso a direitos básicos como saúde e educação (BRASIL, 2010).

No âmbito das condicionalidades, o PBF prevê que as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) realizem a avaliação e o acompanhamento da saúde das famílias beneficiárias do programa, visando à promoção do cuidado integral e de maneira articulada com a rede intersetorial (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017). A realização destas avaliações, que devem ocorrer no mínimo duas vezes ao ano, esteve dificultada no período da pandemia de COVID-19 quando as autoridades sanitárias passaram a recomendar medidas de distanciamento social visando diminuir a propagação do vírus.

A pandemia também agravou a situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (IA) entre a população brasileira, mas as famílias de maior vulnerabilidade social foram impactadas pela falta de alimentos de forma mais rápida e intensa. A redução ou perda da renda do trabalho e a inflação de preços de alimentos da cesta básica influenciaram negativamente o acesso ao alimento (OLIVEIRA; ABRANCHES; LANA, 2020). Durante a pandemia de COVID-19 mais da metade dos brasileiros (55,2%) apresentavam algum grau de IA sendo que 19 milhões destes já estavam em situação de fome (9%), refletindo o retrocesso nos níveis de SAN a patamares não observados desde 2004 em nosso país, conforme dados contidos no relatório do Inquérito Nacional de IA (REDE PENSSAN, 2021). A falta de renda é destacada como fator de agravamento da insegurança alimentar, visto que o nível de IA moderada e grave nos domicílios das famílias que possuíam renda *per capita* de até um quarto de salário-mínimo era aproximadamente três vezes maior quando comparado às que recebiam até um salário-mínimo. Estudos prévios à pandemia já demonstraram elevada

prevalência de IA entre beneficiários do PBF, atingindo mais de 70% da população avaliada (SUZART *et al.*, 2017; PACHECO *et al.*, 2018), especialmente nas famílias com crianças menores de 5 anos (DOS SANTOS *et al.*, 2020).

Frente a essa realidade, as equipes da APS precisaram reorganizar o processo de trabalho para garantir o acompanhamento das famílias beneficiárias. Neste sentido surge o desafio do uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde, dentre elas o telemonitoramento, cuja autorização foi dada pelo Ministério da Saúde, viabilizando assim, a continuidade da assistência integral à saúde nesse período (BRASIL, 2020).

O objetivo deste artigo é descrever o resultado da avaliação da situação de (in)segurança Alimentar e Nutricional entre famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre/RS, Brasil, por telemonitoramento, no período de pandemia de COVID-19.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a situação de (in)segurança alimentar entre beneficiários do Programa Bolsa Família residentes no território de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre, no ano de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos beneficiários pertencentes ao território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde;

Descrever as prevalências de segurança e de insegurança alimentar na população beneficiária do PBF;

Explorar as possíveis repercussões da Pandemia por COVID-19 nas prevalências de IA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo com as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, pertencentes ao território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Distrito de Saúde Centro do município de Porto Alegre/RS.

Foram incluídas no estudo todas as famílias beneficiárias do PBF, residentes no território de abrangência da UBS e que constavam na lista disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre às equipes de saúde, relativas à segunda vigência de 2020, entre os meses de julho e dezembro. Foram excluídas as pessoas com deficiência auditiva e/ou intelectual que as impedissem de responder às perguntas do questionário por telefone, tendo em vista que a vinda das pessoas até à UBS, assim como as buscas ativas através de visitas domiciliares e os contatos presenciais na UBS encontravam-se restringidas devido à pandemia.

Para realizar o monitoramento por teleatendimento, os contatos telefônicos foram localizados no prontuário eletrônico disponível no sistema de informação da UBS a partir do cadastro individual. Nos casos em que os contatos telefônicos não eram localizados ou que estavam desatualizados, era solicitado apoio aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para obter contato atualizado.

Inicialmente, o contato com as beneficiárias responsáveis pela família, foi realizado por ligação telefônica, mensagens de texto de celular ou via aplicativo *Whatsapp*, com intuito de verificar se a família permanecia vinculada ao PBF na vigência atual e se tinha interesse em realizar o acompanhamento de saúde via telefone. Posteriormente, foi efetuado o telemonitoramento para realização do acompanhamento em saúde e a avaliação da situação de IA no contexto da pandemia a partir do relato da responsável da família. Foram realizadas até cinco tentativas de contato com a família, em dias alternados e em diferentes turnos. O telemonitoramento foi conduzido por uma única pesquisadora, acadêmica do curso de nutrição, previamente treinada para a atividade e aspectos éticos. A coleta dos dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2020.

A situação de (in)segurança alimentar foi avaliada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), com quatorze perguntas que avaliam desde a percepção do beneficiário da possibilidade de faltar algum alimento, até a situação de ausência concreta de mantimentos disponíveis no domicílio. O diagnóstico é obtido a

partir da pontuação atribuída conforme o número de respostas positivas em cada item da escala (cada resposta “sim” soma um ponto), segundo a composição da faixa etária: nos domicílios sem a presença de indivíduos menores de 18 anos, aplicavam-se somente as primeiras oito questões (0 a 8 pontos) e, naqueles com a presença de indivíduos menores de 18 anos, aplica-se a escala completa com as quatorze questões (0 a 14 pontos). Portanto, a pontuação e o ponto de corte da EBIA permitem a classificação de quatro categorias e três níveis de IA sendo eles: segurança alimentar e nutricional, insegurança alimentar e nutricional leve, moderada e grave (SANTOS, et al., 2014), conforme apresentado no Quadro 1.

As demais variáveis de interesse para o estudo foram coletadas mediante questionário estruturado com perguntas fechadas sobre questões demográficas, socioeconômicas e as modificações na rotina familiar decorrentes da pandemia. Além disso, foram aplicados os Marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), possibilitando a investigação de dois comportamentos alimentares - número de refeições ao dia e hábito de utilizar aparelhos eletrônicos (TV, celular e/ou computador) durante as refeições - e do padrão de alimentação sendo um marcador saudável o consumo de feijão, frutas e verduras/legumes e um marcador não saudável o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como doces, guloseimas e biscoitos recheados no dia anterior à entrevista. As opções de respostas eram “sim” ou “não”.

Com o objetivo de avaliar a compreensão das perguntas e identificar a necessidade de realizar eventuais ajustes no instrumento de coleta de dados, realizou-se um teste piloto com o mesmo, junto aos ACS.

Todas as informações provenientes do atendimento telefônico foram registradas no prontuário eletrônico individual para facilitar o monitoramento da situação de saúde pelas equipes da UBS. Os dados foram anotados diretamente no questionário impresso e, posteriormente, feita dupla digitação no programa EpiData®. A estatística dos dados foi realizada utilizando o software SPSS versão 3.1 com análise descritiva por meio de média e desvio padrão para as variáveis contínuas e proporções com intervalo de confiança para as variáveis categóricas.

O projeto de pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA (nº do parecer: 4.628.287), respeitando

a Resolução 412/2016 e a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

RESULTADOS

O total de famílias que constavam na lista era de 125. Destas, 38 famílias não participaram do estudo, sendo que em 34 delas não foi possível contato após 5 tentativas, 3 famílias não aceitaram responder as perguntas e uma família não recebia mais o benefício. Assim, 87 famílias fizeram parte do estudo. Todas as entrevistas foram realizadas com mulheres que tinham em média 42 anos de idade ($\pm 13,4$), 43,6% informaram ter estudado até o ensino fundamental, aproximadamente metade se autodeclararam de cor da pele parda/preta e, cerca de 70% viviam sem companheiro. Além disso, metade das famílias residem em domicílio com cinco ou mais cômodos, tendo dois cômodos para dormir (**Tabela 1**). Ainda com relação às variáveis socioeconômicas, verificou-se que a metade dos domicílios pesquisados (51,8%) não possuíam moradores com renda no mês anterior ao da entrevista e 86,2% não recebiam outros benefícios sociais como aposentadorias e pensões, fazendo com que muitas famílias precisassem, além do recurso via benefício do Bolsa Família, doações para a subsistência, especialmente doação de alimentos. Dois terços das famílias tiveram diminuição da renda durante a pandemia e cerca de 15% não acessaram o auxílio emergencial do Governo Federal. Em relação aos gastos com alimentação, a média dos gastos com alimentação foi R\$199,50 ($\pm 106,32$).

A prevalência de IA geral foi de 92% (n=80), distribuídas em IA leve (47,2%, n=41), IA moderada (29,9%, n=26) e IA grave (14,9%, n=13) (**Tabela 2**). Em relação a alguns comportamentos alimentares investigados, metade das entrevistadas realizavam as refeições assistindo televisão e/ou utilizando algum aparelho eletrônico (telefone/computador) e 46% realizavam até três refeições ao dia. O consumo alimentar referente ao dia anterior evidenciou na amostra estudada um padrão alimentar não saudável caracterizado pelo baixo consumo de verduras e legumes (34,9%), feijão (38,4%) e frutas (52,3%) e alto consumo de alimentos ultraprocessados como macarrão instantâneo/salgadinho de pacote/biscoitos salgados (74,4%), biscoito recheado/doces/guloseimas (73,3%), hambúrguer/embutidos (66,3%) e bebidas adoçadas (37,2%) (**Tabela 3**).

DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou a elevada prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias beneficiárias do PBF pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde durante a pandemia de COVID-19, cabendo um destaque para as categorias moderada e grave. A forma grave representa famílias em situação de fome devido à falta de alimentos no domicílio para o consumo familiar. Sendo chefiadas por mulheres, em sua maioria pardas ou pretas, que vivem sem companheiro e apresentam baixa escolaridade. No ano de 2020, com a pandemia de COVID-19 a maioria das famílias apresentou redução da renda, necessitando do auxílio financeiro emergencial do governo federal, além de doações, especialmente de alimentos.

O COVID-19 atingiu mundialmente a população, mas os países de baixa renda foram os mais afetados (FAO, IFAD, UNICEF, WFP, 2021). Além das repercussões verificadas para o sistema de saúde, inúmeros componentes da sobrevivência foram afetados, desde a falta de renda até a situação de fome. Relatório publicado pela ONU estimou que cerca de um décimo da população mundial apresentava estado de subalimentação, com uma previsão de atingir cerca de 811 milhões de pessoas em 2020. No Brasil, os resultados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia de COVID-19 - VIGISAN (REDE PENSSAN, 2021) mostraram que mais da metade da população brasileira se encontrava em IA (55,2%) e, embora nas regiões Sul e Sudeste esse percentual foi de 46,9%, um pouco menor que a média nacional, mas ainda uma prevalência muito elevada, considerando a importância do tema e do fato de estarmos tratando de um direito básico e essencial à vida, a comida. Mesmo nas regiões consideradas mais desenvolvidas do país, quando se trata da parcela mais vulnerável da população, como é o caso das famílias beneficiárias do PBF, as prevalências de IA podem atingir patamares ainda maiores, como observado no presente estudo.

Alguns estudos anteriores à pandemia já demonstravam a vulnerabilidade do público-alvo do PBF em relação à situação de IA. ALMEIDA; SPERANDIO; PRIORE (2014) encontraram prevalência de IA de 72,7% em pré-escolares beneficiários do PBF, em Viçosa/MG, sendo que neste período, a IA no Brasil, segundo dados da PNAD (2013), era de 22,9%. Além disso, estudo de FACCHINI *et al.*, (2014) demonstrou que quando se tratava de domicílios com beneficiários do PBF, em comparação àqueles que não eram beneficiários, a probabilidade era aumentada em

relação à IA moderada ou grave. Estes resultados reforçam que o Programa Bolsa Família, apesar de atingir os mais vulneráveis, não é suficiente para evitar a insegurança alimentar.

Estudos recentes de quatro inquéritos epidemiológicos sobre a COVID-19 realizados no interior do Rio Grande do Sul, demonstraram que quase um terço dos domicílios estava em situação de IA, durante a pandemia. Não sendo observados um aumento na IA entre os quatro inquéritos, tendo a hipótese de ser por dois motivos: o primeiro deles pode ser o auxílio emergencial disponibilizado pelo governo federal e o segundo fator é o curto espaço de tempo entre o primeiro e o último inquérito. Outro fator apontado nestes inquéritos é a predominância do sexo feminino (66%), demonstrando a desigualdade de gênero na inserção no mercado de trabalho (DOS SANTOS, Leonardo Pozza *et al.*, 2021).

Quando pesquisamos as situações de vulnerabilidade social e de pobreza, as questões de raça e cor da pele, bem como de gênero sempre se fazem presentes e considerá-las nas análises é necessário para uma correta interpretação da realidade de vida destas famílias. Os resultados do presente estudo assemelham-se aos dados do relatório VIGISAN no qual observou-se que cerca de 52% dos entrevistados nas regiões sul/sudeste do país se autodeclaram pretos ou pardos. FACCHINI *et al.*, (2014) mostraram que na Região Sul do Brasil, grande parte da amostra de beneficiárias (70%) era constituída por mulheres de cor de pele branca. Discussão importante acerca do gênero foi apontada no estudo de DOS SANTOS *et al.*, (2010) com beneficiárias do PBF no município de Pelotas/RS, que mostrou elevada prevalência de IA quando a família era chefiada por mulheres, sendo proporcionalmente maior quando comparado àquelas chefiadas por homens. A escolaridade também é um fator determinante relacionado às iniquidades em saúde, importante a ser considerado nas análises da IA, no presente estudo, 44% da amostra não possuía ensino fundamental completo. No estudo de SPERANDIO; PRIORE, (2015), em Minas Gerais, foi observado entre as entrevistadas que 88,6% não possuíam ensino fundamental completo, aumentando em quase 1,4 vezes a prevalência de IA comparada às que tinham maior escolaridade.

Em especial as famílias beneficiárias do PBF estão sempre muito sujeitas a apresentarem um agravamento da IA. Por se tratar de famílias em situação de pobreza e extrema pobreza vinculadas ao PBF, era esperado que parcela importante dos domicílios não tivessem moradores com renda e não recebessem outros benefícios.

Porém os resultados demonstram que cerca de dois terços das beneficiárias na pandemia tiveram redução da renda familiar, fruto do trabalho formal ou informal, o que somado à inflação de preços dos alimentos da cesta básica aumenta a preocupação relativa à SAN nessa população (OLIVEIRA; ABRANCHES; LANA, 2020). Os relatos das beneficiárias ratificam a importância de medidas governamentais em momentos de crise, tais como o auxílio emergencial, entretanto sabe-se que esse não é suficiente para garantia dos acessos básicos, tal como evidenciou-se pela parcela importante das famílias que necessitaram de doações de alimentos durante a pandemia.

A respeito da situação de trabalho e da renda como fatores determinantes da IA, pesquisa nacional durante a vigência da pandemia (REDE PENSSAN, 2021), ao considerar o perfil da pessoa referência da família, constatou que a IA grave foi seis vezes maior quando essa pessoa encontrava-se desempregada e quatro vezes maior entre aquelas com trabalho informal quando foram comparadas às que tinham trabalho formal. Estudo de FIGUEROA PEDRAZA; QUEIROZ; MENEZES (2013) apontaram que a renda familiar per capita inferior a meio salário-mínimo foi o fator que mais contribuiu para a IA e o comprometimento ao acesso à alimentação. FACCHINI *et al.*, (2014) observou que os domicílios com o PBF têm em média uma renda *per capita* duas vezes menor do que os sem o benefício, justificando, assim, a maior vulnerabilidade à situação de IA.

Por outro lado, SUZART *et al.*, (2017) em seu estudo discutem que algumas famílias mesmo em extrema pobreza conseguiram se manter em SAN, reforçando o que MAXWELL (1996) aponta sobre as diversas famílias que conseguiram elaborar estratégias na tentativa de superar a condição. Entretanto, a realidade atual vivenciada no país, com diminuição do emprego formal e informal somada às medidas de distanciamento social, configura desafio às políticas públicas especialmente direcionadas à garantia de trabalho, renda e segurança alimentar e nutricional entre as famílias mais vulneráveis.

O baixo poder aquisitivo e o custo elevado dos preços dos alimentos têm aumentado a IA em nosso país, já descrito por FACCHINI *et al.*, (2014). Também no período da pandemia, a perda de renda e a inflação de alimentos afetou de forma contundente o contexto da SAN. No período compreendido entre os meses de abril de 2020 e abril de 2021 o preço das *commodities* utilizadas na indústria de alimentos aumentou entre 20% a 100%. O milho, soja e arroz subiram 84%, 79% e 59%,

respectivamente, já o trigo e o leite subiram 37% e o açúcar 40% (DIEESE, 2021). Por outro lado, a desigualdade social, histórica no Brasil, foi aprofundada no período da pandemia. Segundo dados do Cadastro Único para programas sociais (CadÚnico), entre março de 2020, início da pandemia no Brasil, e março de 2021, o número de pessoas em situação de extrema pobreza cresceu na ordem de 5,8% (DIEESE, 2021). Sendo ressaltado por ALPINO *et al.*, (2020) as desigualdades já existentes no país aumentaram na pandemia e a importância de fortalecer as políticas universais de renda básica.

Ao mesmo tempo, a crise econômica que se acentuou neste período gerou uma maior desvalorização da moeda e assim incentivando a exportação que, aliada à alta de preços de combustíveis e da energia elétrica aumentou o custo da produção de alimentos, gerando inflação e reduzindo cada vez mais o acesso da população mais pobre ao alimento. De acordo com dados publicados por LAMEIRAS (2021) em estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, as famílias de menor renda sofrem mais com a inflação, uma vez que os itens básicos de consumo têm maior peso no orçamento. Entre maio de 2020 e maio de 2021 a alta de preços para as famílias com rendas muito baixas foi de 8,9%, para as com rendas baixas foi de 8,7% e para aquelas com rendas altas foi de 6,3%.

Além disso, a extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a inoperância da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), que são essenciais para assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e a efetivação da SAN. Acarretando em um aumento da fome no país e um retrocesso na SAN, recolocando o país no Mapa da Fome (ALPINO *et al.*, 2020)

Outro fator a ser analisado no presente estudo relaciona-se às doações de alimentos recebidas na pandemia por cerca de dois terços das famílias, especialmente às de alimentos, pois acabam contribuindo para a diminuição dos gastos mensais com a alimentação, além de reduzirem a situação de fome. Assim, pode-se inferir que a prevalência de IA poderia ser ainda maior se essas famílias não acessassem nenhum tipo de doação. Estudo de PEIXOTO *et al.*, (2014) avaliou o recebimento de doação e a situação de IA, mas não observou-se associação estatisticamente significativa.

No estudo de NEDER; FILHO; SOUZA (2015) observaram que mesmo em caso de todas as famílias brasileiras que apresentassem alguma vulnerabilidade socioeconômica fossem beneficiárias do PBF, ainda não estariam com a garantia de

SAN, repercutindo no consumo alimentar, conforme os resultados apresentados, nos quais observou-se substituição de alimentos in natura por alimentos hiper palatáveis e calóricos, tendo um maior aporte de energia que momentaneamente são capazes de amenizar a fome, sendo a longo prazo prejudiciais na qualidade da alimentação e da saúde dos indivíduos. Verificou-se elevada prevalência de consumo de alimentos ultraprocessados, como hambúrguer/embutidos, macarrão instantâneo, biscoitos, doces e guloseimas, além das bebidas adoçadas (refrigerante, néctar, suco em pó, entre outros).

Resultados semelhantes aos descritos acima foram apresentados por COUTINHO *et al.*, (2016) que mostrou uma tendência do público alvo em consumir alimentos industrializados de maior densidade calórica e menor valor nutricional. No período da pandemia, grupos de hipermercados venderam em média 10% e lucraram 50% a mais. A empresa maior produtora mundial de Hambúrgueres registrou aumento de 61% nas vendas de enlatados e industrializados, informando que a venda de enlatados, que era normalmente direcionada ao mercado externo, passou a ser direcionada ao mercado interno, quando o consumo destes produtos aumentou no período do auxílio emergencial (VILARINO, 2021).

Dentre os comportamentos alimentares avaliados, percebeu-se elevado percentual de entrevistadas que possuem o hábito de realizar as refeições manipulando algum aparelho eletrônico (TV/celular/computador). Além disso, 46% relataram consumir até três refeições ao dia. MOURÃO E JESUS (2012) evidenciaram que a quantidade de refeições entre os beneficiários do PBF ainda é menor se comparada às famílias não beneficiárias com melhores condições financeiras, entretanto observaram diferença nos entrevistados antes e depois de receber o PBF, refletindo em maior acesso aos alimentos e, conseqüentemente, possibilitando a diminuição da IA.

Ressalta-se a importância do acompanhamento das condições de saúde dos com os beneficiários do PBF por parte das equipes da Atenção Primária à Saúde, sendo ainda mais relevante em um período de pandemia e crise econômica. O trabalho intersetorial e o fortalecimento de vínculos das equipes com a população mais vulnerável podem ser um elemento de proteção a situações extremas de falta de alimentos e de problemas de saúde, podendo agregar no fortalecimento de políticas públicas sobre a SAN. O período da pandemia no Brasil evidenciou a fragilidade das condições de vida da população e dos sistemas de segurança alimentar,

comprovando mais uma vez a necessidade de ter políticas públicas mais robustas e permanentes. A articulação e cooperação entre a política de saúde, no âmbito da APS, com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), visa o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição, para promoção da SAN. Entende-se que o conjunto articulado de políticas públicas envolvendo a alimentação e a saúde, visam assegurar à sociedade, em especial às populações em situação de maior vulnerabilidade social, a garantia de direitos fundamentais para a sua sobrevivência, tais como o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

A inserção da SAN na agenda política brasileira e a institucionalização do Sistema Nacional de SAN (SISAN), reafirmam a importância do diálogo intersetorial no campo da alimentação e nutrição no país e a reflexão do papel do setor saúde nesse contexto. Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se constitui em um locus privilegiado para se avançar na promoção da saúde e da SAN. As equipes da APS têm responsabilidade de acompanhar as condicionalidades em saúde dos beneficiários de seu território, potencializando o cuidado ampliado dessas famílias e contribuindo para a sua inclusão social (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017).

Cabe considerar que, as limitações do estudo relacionadas à amostra pequena e descrevendo o monitoramento em um único momento, da pandemia dificultou explorar possíveis associações entre as características demográficas e socioeconômicas com a prevalência de IA bem como os impactos da pandemia a longo prazo aqui discutidas. Entretanto, ressalta-se que este estudo contribuiu com dados relativos à situação de (in)segurança alimentar em um público prioritário para ações de vigilância e assistência, avaliando a totalidade das famílias do PBF pertencentes ao território da UBS a, através do uso de tecnologias que viabilizaram o acesso e monitoramento dessas famílias, bem como o direcionamento de ações dentro do serviço de saúde e na rede intersetorial.

Por fim, alguns fatores limitantes do estudo referem-se ao desafio de realizar as entrevistas utilizando tecnologias de informação. Aplicar o questionário de maneira virtual exigiu um empenho redobrado para vincular remotamente com as entrevistadas e assim construir a confiança necessária para obtenção de respostas fidedignas e, além disso, o esforço em repetir várias vezes as perguntas em formas de linguagem o mais claro possível à compreensão da pessoa. Por fim, a mudança constante de número de telefone desse grupo populacional dificultou grandemente o contato, assim

como os horários disponíveis e a cultura de não atenderem a um número desconhecido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível observar que a Insegurança Alimentar e Nutricional foi agravada no período da pandemia e que as ações e programas públicos de atenção às famílias nesta situação não foram suficientes para abrandar a falta de alimentos e de renda.

Inovar o processo de cuidado através do telemonitoramento viabilizou o acompanhamento de parcela importante dos beneficiários do PBF em questões prioritárias relacionadas à saúde. O telefone ainda é barreira de acesso nesse grupo, pois há uma troca de contato frequente e não atualização de dados cadastrais. A Insegurança Alimentar e Nutricional é uma realidade que reforça o papel central das equipes e o desafio para garantia de atributos fundamentais da APS como acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado no contexto da pandemia.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Isabela de Souza; SPERANDIO, Naiara; PRIORE, Silvia Eloiza. Qualidade da dieta de pré-escolares beneficiados pelo Programa Bolsa Família, segundo a situação de Segurança Alimentar do domicílio. **Nutrire**, vol. 39, no. 3, p. 297–305, 2014. <https://doi.org/10.4322/nutrire.2014.026>.

Coutinho DBS. A gestão do programa bolsa família nas práticas alimentares de crianças do Pará e Amazonas frente às estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e direito humano à alimentação adequada (DHAA). [dissertação]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2016.

DE MOURA ARIZA ALPINO, Tais; SANTOS, Cláudia Roberta Bocca; DE BARROS, Denise Cavalcante; DE FREITAS, Carlos Machado. COVID-19 and food and nutritional (in)security: action by the Brazilian Federal Government during the pandemic, with budget cuts and institutional dismantlement. **Cadernos de Saude Publica**, vol. 36, no. 8, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00161320>.

DOS SANTOS, Eduarda Emanuela Silva; DE OLIVEIRA, Maria Mônica; BERNARDINO, Ítalo de Macedo; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Food and nutritional insecurity of families using the family health strategy in two municipalities in Paraíba, Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, vol. 25, no. 5, p. 1607–1617, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33412019>.

DOS SANTOS, Janaína Vieira; GIGANTE, Denise Petrucci; DOMINGUES, Marlos Rodrigues. Prevalence of food insecurity in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, and associated nutritional status. **Cadernos de Saude Publica**, vol. 26, no. 1, p. 41–49, 2010. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2010000100005>.

DOS SANTOS, Leonardo Pozza; SCHÄFER, Antônio Augusto; DE OLIVEIRA MELLER, Fernanda; HARTER, Jenifer; NUNES, Bruno Pereira; DA SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam; DA CRUZ PAYÃO PELLEGRINI, Debora. Trends and inequalities in food insecurity during the COVID-19 pandemic: Results of four serial epidemiological surveys. **Cadernos de Saude Publica**, vol. 37, no. 5, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268520>.

FACCHINI, Luiz Augusto; NUNES, Bruno Pereira; MOTTA, Janaína Vieira dos Santos; TOMASI, Elaine; SILVA, Suele Manjourany; THUMÉ, Elaine; DA SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; DILÉLIO, Alitéia Santiago; SAES, Mirelle de Oliveira; MIRANDA, Vanessa Iribarrem Avena; VOLZ, Pâmela Moraes; OSÓRIO, Alessandro; FASSA, Anaclaudia Gastal. insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: Magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saude Publica**, vol. 30, no. 1, p.

161–174, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036013>.

FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. Food Security and Nutrition in the World. **IEEE Journal of Selected Topics in Applied Earth Observations and Remote Sensing**, p. 320, 2021.

FIGUEROA PEDRAZA, Dixis; QUEIROZ, Daiane; MENEZES, Tarciana Nobre. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutricao**, vol. 26, no. 5, p. 517–527, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732013000500003>.

LAMEIRAS, Maria Andreia Parente. Inflação por faixa de renda: maio 2021. Carta de Conjuntura. Brasília, DF, n. 51, Nota de Conjuntura, 25, 2. Trim. 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/210611_nota_25_inflacao_faixa_de_renda_maio.pdf. Acesso em: setembro 2021.

NEDER, Henrique; FILHO, Niemeyer Alves; SOUZA, Sabrina. Acesso à renda e inflação de preços de alimentos no Brasil: Análise dos efeitos do programa bolsa Família. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, vol. 53, no. 1, p. 51–70, 2015. <https://doi.org/10.1590/1234-56781806-9479005301003>.

OLIVEIRA, Tatiana Coura; ABRANCHES, Monise Viana; LANA, Raquel Martins. Food (in)security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. **Cadernos de Saude Publica**, vol. 36, no. 4, p. 1–6, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00055220>.

PACHECO, Pauline Müller; DE OLIVEIRA PEDROSO, Márcia Regina; GONÇALVES, Samira Carvalho; CUERVO, Maria Rita Mac Edo; ROSSONI, Eloá. Food and nutritional security of families assisted by the Bolsa Família cash transfer program in primary health care. **Mundo da Saude**, vol. 42, no. 2, p. 459–477, 2018. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20184202459477>.

PEIXOTO, Maria do Rosário Gondim; RAMOS, Kaline; MARTINS, Karine Anusca; SCHINCAGLIA, Raquel Machado; BRAUDES-SILVA, Lana Angélica. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 23, no. 2, p. 327–336, 2014. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742014000200014>.

REDE PENSSAN. **Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil**. Brasil: [s. n.], 2021.

SPERANDIO, Naiara; PRIORE, Silvia Eloiza. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 24, no. 4, p. 739–748, 2015. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000400016>.

SUZART, André Souza; FERREIRA, Aldo Pacheco; LEMOS, Gyselle Cynthia Silva Meireles; CORREA, Geffer Thiago Batista; BONFATTI, Renato José; OLIVEIRA, Maria Helena Barros. REPERCUSSÕES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM ESTUDO DE CASO. **Revista Baiana de Saúde Pública**, vol. 41, no. 3, p. 1–177, 19 May 2017. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2525>.

VILARINO, C. **Economia**. Aumento da pobreza impulsiona consumo de alimentos ultraprocessados. *Globorural*. 20 de abril de 2021

QUADRO 1: PONTOS DE CORTE PROPOSTOS NA EBIA

Quadro 1: Pontos de corte propostos na EBIA* para diagnóstico da Segurança Alimentar e Nutricional e dos níveis de Insegurança Alimentar (MDS, 2014).

	Domicílios com a presença de menores de 18 anos	Domicílios sem a presença de menores de 18 anos
Segurança Alimentar e Nutricional	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1-5	1-3
Insegurança Alimentar Moderada	6-9	4-5
Insegurança Alimentar Grave	10-14	6-8

*Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIECONOMÍCAS DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde. Porto Alegre/RS, 2020.

Variável	n (%)
Escolaridade	
≤ 8	38 (43,6)
9-11	40 (46,1)
≥ 12	9 (10,3)
Cor da pele da responsável	
Branca	40 (46)
Preta/Parda	47 (54)
Estado civil	
Casada/Mora com companheiro(a)	29 (33,3)
Divorciada/Separada/Viúva/Solteira	58 (66,7)
Número de cômodos	
< 5	43 (49,4)
≥ 5	44 (50,6)
Número de cômodos para dormir	
1	25 (28,7)
2	47 (54,1)
≥ 3	15 (17,2)
Número de moradores com renda no último mês	
0	45 (51,8)
≥ 1	42 (48,2)
Algum morador recebeu outros benefícios (aposentadoria, auxílio doença, pensão por invalidez ou morte)	
Não	75 (86,2)
Sim	12 (13,8)
Situação da renda familiar na pandemia	
Permaneceu igual/aumentou	29 (33,3)
Diminuiu	58 (66,7)
Recebeu auxílio emergencial	
Não	13 (14,9)
Sim	74 (85,1)
Recebeu doações	
Nenhuma doação ou apenas doações de roupas	29 (33,3)
Doação de alimentos e/ou roupas e/ou de produtos de higiene	58 (66,7)

TABELA 2. SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DAS FAMÍLIAS BENEFICIÁRIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Tabela 2: Situação de Insegurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

	n (%)	intervalo de confiança 95%
SAN	7 (8)	0,03 - 0,15
IA Leve	41 (47,2)	0,36 -0,58
IA Moderada	26 (29,9)	0,20 -0,40
IA Grave	13 (14,9)	0,08 -0,24

SAN = Segurança Alimentar e Nutricional; IA = Insegurança Alimentar

TABELA 3. COMPORTAMENTO E CONSUMO ALIMENTARES

Tabela 3. Comportamento e consumo alimentares* entre beneficiárias do Programa Bolsa Família (N= 89).

Variável	n (%)
Realiza as refeições assistindo TV ou mexendo no celular	
Não	44 (50,6)
Sim	43 (49,4)
Nº de refeições/dia	
< 3 refeições/dia	40 (46)
≥ 3 refeições/dia	47 (54)
Consumo de feijão	
Sim	33 (38,4)
Não	53 (61,6)
Consumo de frutas frescas	
Sim	45 (52,3)
Não	41 (47,7)
Consumo de verduras/legumes	
Sim	30 (34,9)
Não	56 (65,1)
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	
Sim	57 (66,3)
Não	29 (33,7)
Consumo de bebidas adoçadas	
Sim	32 (37,2)
Não	54 (62,8)
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoito salgados	
Sim	64 (74,4)
Não	22 (25,6)
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	
Sim	63 (73,3)
Não	23 (26,7)

*referentes ao dia anterior à entrevista.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº do projeto GPPG ou CAAE: 4.628.287

Título do Projeto: (In) Segurança Alimentar em beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/RS.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a situação de (in) segurança alimentar entre beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF) no período de cinco anos. Esta pesquisa está sendo realizada pelo setor de Nutrição do serviço de Atenção Primária à Saúde, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá responder um questionário de cerca de 30 minutos por telefone duas vezes ao ano – em cada vigência do Programa Bolsa Família.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Poderá haver desconforto pelo tempo de resposta ao questionário, ou pelo conteúdo das perguntas, que envolvem aspectos de sua intimidade.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, poderá contribuir a vinculação entre os beneficiários e os profissionais em saúde e manter o acompanhamento das condicionalidades em saúde.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Ilaine Schuch pelo telefone (51) 9 9331-9636, com o pesquisador Luanda de Souza Conrado, pelo telefone (51) 9 9871-9949 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Termo foi enviado aos participantes por meio eletrônico. Os pesquisadores armazenarão registro eletrônico (arquivo, imagem ou áudio) da concordância em participar do estudo.

Sugere-se que os participantes armazenem este arquivo eletrônico (salvar imagem ou arquivo em pdf) ou ainda imprimam este Termo.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO TELEMONITORAMENTO BOLSA FAMÍLIA -
VIGÊNCIA 2020/2**

	Código
Nº QUESTIONÁRIO: ____	NQUEST: ____
NOME ENTREVISTADOR(A): _____	ENTREV: ____
DATA DA ENTREVISTA: __/__/202__	DA: ____
	/____
	/202__
BLOCO A: MAPA DE ACOMPANHAMENTO/REVISÃO DE PRONTUÁRIO (PREENCHER CONFORME DADOS DESCRITOS NO MAPA E NO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO)	
MAPA DE ACOMPANHAMENTO:	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO(A) RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA	
ENDEREÇO COMPLETO: _____	
NOME COMPLETO: _____	DN: __/
DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ IDADE: _____	--/----
NOME COMPLETO E DN DE TODOS INTEGRANTES QUE CONSTAM NO CADASTRO:	-
_____ DN:	
_____ DN:	
_____ DN:	
_____ DN:	
_____ DN:	EQ: __
_____ DN:	
PRONTUÁRIO AGHUSE:	
PRONTUÁRIO INDIVIDUAL: _____ EQUIPE: () 1 (2 () 3 () 4	
TELEFONES PARA CONTATO: () _____ () _____	

BLOCO B: TELEMONITORAMENTO

<BOM DIA/BOA TARDE> MEU NOME É <NOME DO ENTREVISTADOR> SOU <FUNÇÃO> NO POSTO DE SAÚDE SANTA CECÍLIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS. DEVIDO À PANDEMIA ESTOU ENTRANDO EM CONTATO PARA REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO BOLSA FAMÍLIA POR TELEFONE. RECEBI UMA LISTA DA SECRETARIA DE SAÚDE INFORMANDO QUE O(A) SENHOR (A) <NOME DO TITULAR DO BENEFÍCIO> RECEBE O BOLSA FAMÍLIA, PODERIA FALAR COM ELE(A), POR FAVOR?

CASO NÃO SEJA O(A) BENEFICIÁRIO(A): QUESTIONAR SE TEM DISPONIBILIDADE DE ATENDER A LIGAÇÃO EM OUTRO DIA E HORÁRIO → Anotar Dia: _____ Hora: __: __

COM O(A) BENEFICIÁRIO(A): O(A) SENHOR(A) AINDA RECEBE O BOLSA FAMÍLIA?

() Não → Se NÃO, agradeça a atenção e finalize a ligação.

() Sim → Se SIM, TERIA UM TEMPO PARA FAZER ESTE ACOMPANHAMENTO AGORA, DEMORA EM TORNO DE 30 MINUTOS OU EM OUTRO DIA E HORÁRIO → Anotar Dia: _____ Hora: __: __ OU NÃO TEM INTERESSE → agradeça a atenção e finalize a ligação.

INICIAR O QUESTIONÁRIO, APÓS O ACEITE DO ENTREVISTADO**ANTES DE COMEÇARMOS, GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS RELACIONADAS À PANDEMIA DE COVID-19:**

A01) A SENHORA ESTÁ COM ALGUM SINTOMA RESPIRATÓRIO (TOSSE, DOR DE GARGANTA, CORIZA, FEBRE)? (1) Não (2) Sim. Qual? _____ → SE SIM, ORIENTE A COMPARECER NA UBS

SR: __

A02) A SENHORA MORA OU TEVE CONTATO PRÓXIMO COM ALGUMA PESSOA COM SUSPEITA OU CASO CONFIRMADO DE COVID NAS ÚLTIMAS SEMANAS?

CONTSR:

—

(1) Não (2) Sim → SE SIM, ORIENTE A COMPARECER NA UBS

SE HOUVER MULHERES EM IDADE FÉRTIL (14 A 44 ANOS), QUESTIONAR A22***SE HOUVER CRIANÇAS (0 A 9 ANOS), QUESTIONAR A30***

A3) VOCÊ RECEBEU OU AINDA ESTÁ RECEBENDO O AUXÍLIO EMERGENCIAL DE R\$ 600/ 300 DO GOVERNO? (1) Nunca recebi (2) Recebi, mas agora não estou mais recebendo

AUX: __

(3) Continuo recebendo (9) IGN

GESTA: __

A4) TEM POSSIBILIDADE DE VOCÊ E/OU ALGUÉM DA SUA CASA ESTAR GESTANTE?

PN: __

(1) Não → **Se NÃO, pular para questão A7** (2) Sim

IG: __

A5) ESTÁ REALIZANDO PRÉ-NATAL NA UBS OU NO HOSPITAL? (1) Não (2) Sim (8) NSA

CRECHE:

A6) SABE COM QUANTAS SEMANAS/MESES ESTÁ DE GESTAÇÃO? ____ (1) Não (2) Sim (8) NSA

—

A7) AS CRIANÇAS (≥ 4 ANOS) E/OU OS ADOLESCENTES QUE MORAM NA SUA CASA ESTÃO MATRICULADOS NA ESCOLA/ CRECHE? (1) Sim, todos (2) Sim, alguns (3) Nenhum (8) NSA

VAC: __

ATENÇÃO: Investigar motivo de não estar matriculado e anotar

A8) VACINAÇÃO EM DIA? 1) Sim, todos (2) Sim, alguns (3) Nenhum (8) NSA

DOA: __

A9) COSTUMA RECEBER OU PASSOU A RECEBER NA PANDEMIA DOAÇÃO DE ALIMENTOS, ROUPAS E/OU PRODUTOS DE HIGIENE?

(1) Nenhuma doação (2) Apenas doação de alimentos (3) Apenas doação de roupas

(4) Apenas doação de produtos de higiene (5) Sim, doação de alimentos e roupas	
(6) Sim, doação de alimentos e produtos de higiene	
(7) Sim, doação de roupas e produtos de higiene	EBIA1: __
<u>AGORA VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE O ACESSO E A DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS NA SUA CASA. PODE FICAR BEM À VONTADE PARA RESPONDER. AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SERÃO REFERENTES AOS ÚLTIMOS 3 MESES, OU SEJA, DESDE <MÊS> ATÉ <MÊS DA ENTREVISTA></u>	EBIA2: __
<i>Então, vamos começar: NOS ÚLTIMOS 3 MESES...</i>	EBIA3: __
A10) ... OS MORADORES DESTE DOMICÍLIO TIVERAM PREOCUPAÇÃO DE QUE OS ALIMENTOS ACABASSEM ANTES DE PODEREM COMPRAR OU RECEBER MAIS COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA4: __
A11) ... OS ALIMENTOS ACABARAM ANTES QUE OS MORADORES DESTE DOMICÍLIO TIVESSEM DINHEIRO PARA COMPRAR MAIS COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA5: __
A12) ... OS MORADORES DESTE DOMICÍLIO FICARAM SEM DINHEIRO PARA TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA? (1) Não (2) Sim	EBIA6: __
A13) ... OS MORADORES DESTE DOMICÍLIO COMERAM APENAS ALGUNS ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM PORQUE O DINHEIRO ACABOU? (1) Não (2) Sim	EBIA7: __
A14) ... ALGUM MORADOR DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE DEIXOU DE FAZER UMA REFEIÇÃO PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA8: __
A15) ... ALGUM MORADOR DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE, ALGUMA VEZ COMEU MENOS DO QUE DEVIA PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA9: __
A16) ... ALGUM MORADOR DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE, ALGUMA VEZ SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA10: __
A17) ... 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 HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim	EBIA11: __
A18) ... 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? (1) Não (2) Sim (3) NSA	EBIA12: __
A19) ... ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, ALGUMA VEZ, NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE DE COMIDA PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim (3) NSA	EBIA13: __
A20) ... 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? (1) Não (2) Sim (3) NSA	EBIA14: __
A21) ... ALGUMA VEZ, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO, PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA?	TV: __
(1) Não (2) Sim (3) NSA	NREF: __

<p>A22) ... ALGUMA VEZ, ALGUM MORADOR COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE, SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU PORQUE NÃO HAVIA DINHEIRO PARA COMPRAR COMIDA? (1) Não (2) Sim (3) NSA</p> <p>A23) ... 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? (1) Não (2) Sim (3) NSA</p> <p><u>PARA FINALIZAR NOSSA CONVERSA QUERO FAZER APENAS ALGUMAS PERGUNTAS RÁPIDAS SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO</u></p> <p>A24) VOCÊ TEM COSTUME DE REALIZAR AS REFEIÇÕES ASSISTINDO TV, MEXENDO NO COMPUTADOR E/OU CELULAR? (1) Sim (2) Não (3) Não Sabe</p> <p>A25) QUAIS REFEIÇÕES VOCÊ FAZ AO LONGO DO DIA? (1) Café da manhã (2) Lanche da manhã (3) Almoço (4) Lanche da tarde (5) Jantar (6) Ceia</p> <p><u>ONTEM VOCÊ CONSUMIU:</u></p> <p>A26) FEIJÃO: (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A27) FRUTAS FRESCAS (NÃO CONSIDERAR SUCO DE FRUTAS): (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A28) VERDURAS E/OU LEGUMES (NÃO CONSIDERAR BATATA, MANDIOCA, AIPIM, MACAXEIRA, CARÁ E INHAME): (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A29) HAMBÚRGUER E/OU EMBUTIDOS (PRESUNTO, MORTADELA, SALAME, LINGUIÇA, SALSICHA): (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A30) BEBIDAS ADOÇADAS (REFRIGERANTE, SUCO DE CAIXINHA, SUCO EM PÓ, ÁGUA DE COCO DE CAIXINHA, XAROPES DE GUARANÁ/GROSELHA, SUCO DE FRUTA COM ADIÇÃO DE AÇÚCAR): (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A31) MACARRÃO INSTANTÂNEO, SALGADINHOS DE PACOTE OU BISCOITOS SALGADOS (1) Sim (2) Não (9) IGN</p> <p>A32) BISCOITO RECHEADO, DOCES OU GULOSEIMAS (BALAS, PIRULITOS, CHICLETE, CAMELO, GELATINA): (1) Sim (2) Não (9)IGN</p>	<p>FEIJAO: ___</p> <p>FRUTA: ___</p> <p>VERD: ___</p> <p>EMB: ___</p> <p>BEB: ___</p> <p>SALG: ___</p> <p>DOCE: ___</p>
--	---