

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
COORDENAÇÃO DE NUTRIÇÃO

JÚLIO ARAÚJO SILVA

SITUAÇÃO DE (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR
EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

PICOS (PI)

2012

JÚLIO ARAÚJO SILVA

SITUAÇÃO DE (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR
EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Esp. Marília Gomes de Sousa
Bezerra

PICOS (PI)

2012

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S586s Silva, Júlio Araújo.
Situação de (in)segurança alimentar em idosos hipertensos e diabéticos / Júlio Araújo Silva. – 2012.
CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (48 p.)

Monografia(Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal do Piauí. Picos-PI, 2012.
Orientador(A): Profa. Esp. Marília Gomes de Sousa Bezerra

1. Segurança Alimentar. 2. Idosos. 3. Consumo Alimentar.
I. Título.

CDD 664.9

JÚLIO ARAÚJO SILVA

SITUAÇÃO DE (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR
EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) submetido à banca examinadora do Curso de Nutrição da UFPI-CSHNB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: 05/11/2012

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof.^a Esp. Marília Gomes de Sousa Bezerra

1^a Examinadora: Prof.^a MsC. Artemízia Francisca de Sousa

2^a Examinadora: Prof.^a MsC. Joilane Alves Pereira

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, força maior que move o universo e nossas mentes;

Em especial agradeço aos verdadeiros amores da minha vida: meus pais Antônio e Moça, que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos bons e ruins de minha vida; e minhas filhas Letícia e Viviane, razões pelas quais sempre sigo em frente;

Agradeço aos amigos e amigas que acreditaram em mim e também aos que não acreditaram, pois do descrédito de alguns retiro forças para seguir em frente;

E por fim agradeço à minha professora, orientadora e amiga Marília Bezerra que, com tempo, dedicação e paciência soube me suportar durante a elaboração deste trabalho; à minha professora, examinadora e amiga Artemízia Sousa, que colaborou para a redação final do mesmo; e finalmente à minha professora e examinadora Joilane Pereira, que também colaborou para a produção final deste trabalho.

“Um homem só envelhece quando nele os
lamentos substituem os sonhos”

(Provérbio chinês)

RESUMO

SILVA, Júlio Araújo. *Situação de (in)segurança alimentar em idosos hipertensos e diabéticos*. Picos, 2012. 48 f. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição).

Introdução: O estado nutricional tem importantes implicações no envelhecimento da população, pois o controle e a prevenção de grande parte das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, dependem do estado nutricional. Conhecer a situação de segurança alimentar é de grande importância para a avaliação das condições de vida da população idosa e, conseqüentemente, para o planejamento de políticas públicas de combate à fome. **Objetivo:** Conhecer a situação de (in)segurança alimentar em idosos hipertensos e diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Piauí. **Método:** Estudo descritivo transversal, realizado na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, na cidade de Picos – Piauí, através do Programa de Saúde da Família, com amostra de 20 idosos cadastrados no referido programa. **Resultados:** Dos idosos 85% era do sexo feminino e 15% do masculino. 85% eram aposentados e 15% não possuíam nenhuma fonte de rendimento. Em 35% dos domicílios haviam pessoas que trabalhavam. 70% dos idosos residiam em casa própria. Todas as residências construídas em alvenaria, sendo que 40% destas possuíam 04 ou mais cômodos. Em 40,0% dos domicílios moravam apenas 02 pessoas. 45% das famílias recebiam entre 03 e 04 salários-mínimos (R\$ 1.866,00 a R\$ 2.488,00) e 15% recebiam menos de 01 salário-mínimo (- R\$ 622,00). 35% dos idosos reportavam idas frequentes à farmácia quando necessitavam de algum serviço de saúde. A gripe foi a co-morbidade mais presente, atingindo 30% dos idosos; o alcoolismo estava presente em 15% destes e o tabagismo em 10%; Em 35% dos idosos foi relatado a presença de outras doenças, como depressão, estresse e rinite alérgica. O abastecimento de água era feito integralmente pela rede pública, assim como a coleta de lixo; o esgoto sanitário era destinado à rede pública em 85% das residências. A situação de insegurança alimentar foi verificada em 40% dos idosos, dos quais 87% estavam em insegurança alimentar leve e 13% em insegurança alimentar grave. Em relação ao consumo alimentar, 70% dos idosos relataram consumir diariamente frutas frescas ou salada de frutas e feijão, e 50% consumiam leite diariamente; 40% relataram o consumo diário de legumes e verduras cozidos; 85% relataram não ter consumido batata frita, salgados, hambúrgueres e embutidos nos últimos sete dias e

75% não relataram o consumo de biscoitos doces ou recheados, doces, balas ou chocolates .

Conclusão: a escala da EBIA mostrou ser uma importante ferramenta na identificação da situação de (in)segurança alimentar. Este estudo possibilitou conhecer a dimensão da IA e pode servir de referência para futuros estudos e para o planejamento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do problema, na busca da garantia do direito humano à alimentação adequada.

Palavras-chave: Idosos. Segurança alimentar. Consumo alimentar.

ABSTRACT

SILVA, Júlio Araújo. *Situation food (in)security in elderly hypertensives and diabetics*. Picos, 2012. 48 f. (Completion of course work submitted to the Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, as a partial requirement for obtaining the Bachelor's degree in Nutrition).

Introduction: Nutritional status has important implications for the aging population, because the control and prevention of most chronic diseases such as hypertension and diabetes, dependent on nutritional status. Knowing the food security situation is of great importance for the assessment of living conditions of the elderly population and, consequently, for the planning of public policies to fight hunger. **Objective:** To know the situation food (in)security in elderly hypertensives and diabetics treated at a Basic Health Unit of a city in the interior of Piauí. **Methods:** A descriptive cross-sectional area of coverage achieved in the Basic Health Unit Belinha Nunes, the city of Picos - Piauí, through the Family Health Program, with a sample of 20 elderly enrolled in the program Hiperdia. **Results:** Of the elderly was 85% female and 15% male. 85% were retired and 15% did not have any source of income. In 35% of households had people working. 70% of older people living in their own home. All residences constructed in masonry, with 40% of these had 04 or more rooms. In 40.0% of households lived only 02 people. 45% of families received between 03-04 minimum wage (R\$ 1.866,00 to R\$ 2.488,00) and 15% received less than 01 minimum wages (- R\$ 622,00). 35% of seniors reported frequent trips to the pharmacy when needed some health service. The flu was present more comorbidity, reaching 30% of the elderly; alcoholism was present in 15% of these and smoking in 10%, in 35% of the elderly was reported the presence of other diseases such as depression, stress and allergic rhinitis. The water supply was made entirely by the public, as well as garbage collection, the sewage was for the public at 85% of households. The situation of food insecurity was found in 40% of participants, of which 87% were lighter food insecure and 13% in severe food insecurity. Regarding food consumption, 70% of seniors reported consuming daily fresh fruit or fruit salad and beans, and 50% drank milk daily, 40% reported daily consumption of cooked vegetables, 85% reported not having consumed fries, snacks, burgers and sausages in the last seven days and 75% reported no consumption of sweets or biscuits stuffed, sweets, candies or chocolates. **Conclusion:** The scale of EBIA proved to be an important tool in identifying the situation (in) food security. This study allowed us to know the size of the IA and may serve as a reference for future

studies and for planning and developing strategies to deal with the problem, in the pursuit of ensuring the human right to adequate food.

Keywords: Seniors. Food security. Food consumption.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 O Direito Humano à Alimentação Adequada.....	13
2.2 Conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).....	13
2.3 Indicadores da Segurança Alimentar e Nutricional.....	15
2.4 Alimentação de Idosos.....	17
2.5 Hipertensão em Idosos.....	17
2.6 Diabetes Mellitus em Idosos.....	19
2.7 Programa Hiperdia.....	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
4.1 Delineamento do Estudo.....	22
4.2 Local de Estudo.....	22
4.3 População de Estudo.....	23
4.4 Definição da Amostra.....	23
4.4.1 Critérios de Inclusão.....	23
4.4.2 Critérios de Exclusão.....	24
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados.....	24
4.6 Análise dos Dados da EBIA.....	25
4.7 Aspectos Éticos.....	26
4.7.1 Riscos e Benefícios da Pesquisa.....	26
5 RESULTADOS	27
5.1 Dados sócio-demográficos.....	27
5.2 Situação de (in)segurança alimentar.....	30
5.3 Consumo alimentar dos últimos sete dias.....	31
6 DISCUSSÃO	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICES	41
ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

Há décadas o Brasil tem desenvolvido ações de políticas públicas para melhorar a segurança alimentar e nutricional (SAN) de sua população, porém somente a partir de 2003 estas ações ganharam novo impulso, quando passaram a ser, com o conjunto de políticas e programas que compõem o Fome Zero, uma prioridade do Estado brasileiro (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

A insegurança e/ou incerteza de acesso a alimentos de qualidade e em quantidades necessárias constitui um desafio universal assumido pela Organização das Nações Unidas (ONU) há mais de 30 anos. Estas situações de insegurança podem ser manifestadas de várias formas, como a fome, a desnutrição, as carências específicas, o excesso de peso, as doenças geradas pela alimentação inadequada, entre outras (OLIVEIRA et al., 2009).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2004-2009, cerca de 16,27 milhões de brasileiros vivem em situação de extrema pobreza (BRASIL, 2010), sendo que a insegurança alimentar, a desnutrição e a obesidade atingem parcela significativa da população. O modelo político vigente causa a insuficiência de renda, o elevado nível de desemprego, a concentração da terra nas mãos de poucos, a mercantilização da água, com os projetos assistencialistas voltados apenas ao fornecimento em tempos de seca no Nordeste brasileiro e a precarização da educação, limitando o acesso à alimentação e nutrição e impedindo uma vida digna para toda população brasileira.

A segurança alimentar intrafamiliar é alcançada quando todos os seus membros têm acesso de forma regular e permanente ao consumo de alimentos em quantidade suficiente e de qualidade adequada (BRASIL, 2006b), para que assim, cada um deles, possa levar uma vida produtiva e saudável. Dessa forma, a segurança alimentar requer que se compreenda o que venha a ser uma alimentação adequada. Panigassi et al. (2008b) afirmam que esta deve suprir as necessidades energéticas do indivíduo, ser nutricionalmente diversificada, respeitando a idade, as condições fisiológicas, a atividade física e os hábitos culturais.

Nesse sentido, faz-se necessário o estudo individualizado das diferentes populações, a fim de respeitar suas individualidades. Os idosos estão entre os grupos mais susceptíveis à insegurança alimentar e que apresentam uma série de particularidades em sua avaliação.

O processo de envelhecimento tem significativas implicações no estado nutricional e importante relação com a morbimortalidade desse grupo etário. Na década de 90, o Brasil ingressou num processo de envelhecimento demográfico com particularidades que o destacam na escala mundial. Em poucos países desenvolvidos observou-se velocidade de

envelhecimento populacional como tem ocorrido com o Brasil. Esse processo assume grandes repercussões para a saúde pública, uma vez que as doenças crônicas, especialmente as cardiovasculares, constituem as principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros, além de associarem-se à incapacidade e à perda da autonomia (RABELO et al., 2010).

Hábitos alimentares inadequados têm sido associados com o aumento de obesidade, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas não transmissíveis. O padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal, e lipídios de origem animal e vegetal, e redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, o que associado a fatores como hereditariedade, obesidade e inatividade física tem contribuído para a elevação na prevalência da hipertensão e do diabetes (MARTINS et al., 2010).

De acordo com Martins et al. (2010), A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população idosa é de 65%, podendo chegar a 80% em mulheres acima de 75 anos. A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que em não diabéticos, e adultos diabéticos que chegam aos 65 anos sem HAS têm aproximadamente 90% de chance de se tornarem hipertensos.

Nesse contexto, o estado nutricional tem importantes implicações no envelhecimento da população, uma vez que o controle de grande parte das doenças crônicas ou infecciosas e a prevenção de complicações decorrentes das mesmas depende do estado nutricional (NASCIMENTO et al., 2011).

Conhecer a situação de segurança alimentar (SA) é de grande importância para a avaliação das condições de vida da população idosa e, conseqüentemente, para o planejamento de políticas públicas de combate à fome, pois os idosos constituem o segmento que mais cresce na população brasileira. Realizar estudos epidemiológicos sobre as condições e determinantes da saúde desta população são fundamentais para subsidiar políticas de saúde voltadas a esta população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O Direito Humano à Alimentação Adequada

A alimentação e nutrição constituem direitos humanos fundamentais consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e são requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. O direito à alimentação é um direito do cidadão, portanto, dever do Estado e responsabilidade da sociedade. Nesse sentido, a busca em garantir o direito à alimentação de qualidade para todos os indivíduos passa pela construção de um novo paradigma de sociedade, que tenha como eixo central a qualidade de vida do ser humano (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Na Cúpula Mundial da Alimentação de 1996, o Brasil, entre outros, comprometeu-se a diminuir à metade a população que passa fome (MARIN-LEÓN et al., 2005). Segundo dados da PNAD 2010, o número de domicílios brasileiros que se encontrava em algum grau de insegurança alimentar caiu de 34,9% para 30,2% entre 2004 e 2009. Isso significa que, no ano de 2009, 65,6 milhões de pessoas residentes em 17,7 milhões de domicílios apresentavam alguma restrição alimentar ou, pelo menos, alguma preocupação com a possibilidade de ocorrer restrição devido à falta de recursos para adquirir alimentos (BRASIL, 2010).

2.2 Conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)

A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional define o conceito de segurança alimentar e nutricional como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2006a).

É, portanto, o acesso por meios socialmente aceitáveis a uma dieta qualitativa e quantitativamente adequada às necessidades individuais para que todos os membros do grupo familiar se mantenham saudáveis (MARIN-LEÓN et al., 2011). Para Kepple e Segall-Corrêa (2011), este conceito se destaca por definir a SAN em termos de qualidade e quantidade de alimentos adequados para toda a população, de todas as classes sociais.

De acordo com Viana e Segall-Corrêa (2008), o desenvolvimento da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) possibilitou a realização de diversas pesquisas, entre as quais a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), conduzida pelo IBGE. A PNAD teve início no segundo trimestre de 1967, sendo os seus resultados apresentados com periodicidade trimestral até o primeiro trimestre de 1970. A partir de 1971, os levantamentos passaram a ser anuais com realização no último trimestre (BRASIL, 2010).

O conceito de insegurança alimentar engloba desde a percepção de preocupação e angústia ante a incerteza de dispor regularmente de comida, até a vivência de fome por não ter o que comer em todo um dia, passando pela perda da qualidade nutritiva, incluindo a diminuição da diversidade da dieta e da quantidade de alimentos, sendo estas as estratégias para enfrentar essa adversidade (MARÍN-LEÓN et al., 2005).

Segundo Almeida (2008), a insegurança alimentar pode não se expressar em carências nutricionais e suas consequências físico-biológicas. Há evidências seguras da associação entre a insegurança alimentar moderada e o sobrepeso ou obesidade, que podem ser explicadas pelo aumento no consumo de alimentos de baixo custo com alta densidade calórica, pelos transtornos alimentares decorrentes da ansiedade e incerteza associadas à restrição alimentar involuntária e pelas adaptações metabólicas a períodos de jejum constantes, até mesmo no período intrauterino, em situação de desnutrição da gestante. Em vez de conceituar o problema de sobrepeso como sendo um problema oposto à fome, deve-se considerar a possibilidade de que seja uma consequência dela (KEPPLE; SEGALL-CORREA, 2011).

No cuidado da saúde, a alimentação é um aspecto fundamental e a sua deficiência pode causar várias complicações. Guyton (2002) nos fala que uma alimentação deficiente em nutrientes pode causar consequências deletérias ao organismo do ser humano. Quanto mais grave for o caso da desnutrição, maiores e também mais graves serão as repercussões orgânicas. As principais alterações são: grande perda muscular e dos depósitos de gordura ocasionando debilidade física; o emagrecimento caracterizado pela perda inferior a 60% ou mais do peso ideal (adultos) ou do peso normal (crianças); as alterações psíquicas e psicológicas, onde a pessoa fica retraída, apática e triste; alterações de pele e de cabelo, alterações ósseas, como a má formação, alterações no sistema nervoso, prejudicando os estímulos nervosos, redução no número de neurônios, depressão e apatia; alterações nos demais órgãos e sistema respiratório, imunológico, renal, cardíaco, hepático, intestinal, etc.

O estado nutricional tem importantes implicações no contexto do envelhecimento da população, visto que o controle de grande parte das doenças crônicas ou infecciosas e a

prevenção de complicações decorrentes das mesmas dependem do estado nutricional. Nessa fase da vida, ocorrem alterações fisiológicas que, somadas a outros fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, alcoolismo e maus hábitos alimentares, podem levar ao aparecimento das doenças crônicas (NASCIMENTO et al., 2011).

Marin-León et al. (2005) realizaram estudo para determinar a prevalência de insegurança alimentar em famílias com idosos e descrever seu perfil sócio-demográfico. Foram estudadas famílias com membros de 65 anos e mais selecionadas de inquérito domiciliar realizado em 2003, em Campinas, São Paulo, Brasil. Observou-se insegurança alimentar leve em 33% das famílias, moderada em 11,8% e grave em 7,2%. Em menos de 5% das famílias o idoso não tinha renda. As famílias em segurança alimentar apresentaram significativamente maior proporção de consumo qualitativo diário de alimentos (verduras, carne e frutas). Os idosos contribuíam para a renda familiar, não sendo, portanto, uma carga para suas famílias.

2.3 Indicadores da Segurança Alimentar e Nutricional

Segundo Panigassi et al. (2008a), conhecer e estabelecer indicadores de avaliação da desigualdade tem sido objeto de trabalho de muitos estudiosos em diversas áreas, como educação, saúde e economia. Para os autores, apesar da forte influência das condições econômicas sobre a polarização do perfil social da população, existem outras condições que se combinam às desigualdades e cujas representações sociais estão associadas a estigmas, de que são vítimas, como exemplos, negros, índios, mulheres, idosos e nordestinos.

Até pouco tempo, os dados sobre a prevalência de insegurança alimentar no país eram limitados. A maioria das estimativas baseava-se apenas em indicadores indiretos do processo, tais como renda, estado nutricional da população e disponibilidade alimentar domiciliar. Ressalta-se que cada um desses indicadores mensura uma parte da problemática da segurança alimentar e nutricional, sendo complementares uns aos outros (GUBERT; BENÍCIO; SANTOS, 2010).

Até o início dos anos 90, o baixo peso foi um dos indicadores indiretos mais usados para avaliar a insegurança alimentar. Embora a medida antropométrica seja importante num projeto interdisciplinar para avaliar e entender a SAN, se for considerada como único indicador para este fim, obscurece as consequências psicossociais potenciais daquela condição, bem como a compreensão da SAN como um direito humano e uma questão de bem-estar e saúde em si (KEPPLE; SEGALL-CORREA, 2011). Progressivamente e à medida que

o conceito de segurança alimentar ganhava complexidade, outros indicadores foram sendo introduzidos visando captar e mensurar as novas dimensões da segurança alimentar incorporadas (SEGAL-CORRÊA; MARÍN-LEÓN, 2009).

A determinação do estado nutricional envolve diferentes fatores, de níveis diversos, de dimensões variadas. Sinteticamente, pode-se juntá-los em 2 grandes grupos: condicionantes sócio-ambientais (acesso à educação, à saúde, meio ambiente saudável, condições de moradia, condições de trabalho e salário, disponibilidade e acesso aos alimentos e outros) e condicionantes individuais (hereditariedade; hábitos alimentares, consumo alimentar, utilização biológica dos alimentos, atividade física, estado de saúde, estado fisiológico, entre outros) (BURITY et al., 2010).

A EBIA, originariamente, é um método desenvolvido nos Estados Unidos e adaptado e adequado para o Brasil pela Universidade de Campinas (BRASIL, 2008). O uso das escalas psicométricas do acesso familiar aos alimentos, como a EBIA, têm a vantagem de medir o fenômeno diretamente a partir da experiência de insegurança alimentar vivenciada e percebida pelas pessoas afetadas. Captam não só a dificuldade de acesso aos alimentos, mas também a dimensão psicossocial da insegurança alimentar, tomando os domicílios como unidade de análise. Além disso, podem ser adaptadas - mediante utilização de metodologias qualitativas - a diferentes contextos socioculturais locais, sendo sua aplicação e análise relativamente simples (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

Tendo em vista as tendências recentes de aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade da população, evidenciadas pela Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2008-2009, a Oficina Técnica para Análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar, promovida pelo Ministério de Desenvolvimento Social, realizada em agosto de 2010, aprovou algumas modificações na EBIA, que consistiram na exclusão da associação da perda de peso com a insegurança alimentar. Apesar das modificações, foram mantidas as possibilidades de comparação da EBIA com outras escalas que vêm sendo desenvolvidas em diversos países, em especial na América Latina e Caribe (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008; BRASIL, 2010).

Essas modificações foram importantes, já que a utilização da EBIA no monitoramento da situação da segurança alimentar da população brasileira se dá no contexto de várias iniciativas internacionais de uso de escalas psicométricas de medida direta da Insegurança Alimentar, desde o início da década de 2000 (BRASIL, 2010).

É recomendado que o formulário da EBIA seja parte de instrumentos de coleta de dados que contemplem também variáveis socioeconômicas, culturais e outras que se julgar

pertinentes para uma caracterização mais abrangente dos fatores que afetam a segurança alimentar dos domicílios, tal como vem sendo feito pelo IBGE nas pesquisas suplementares sobre Segurança Alimentar da PNAD (BRASIL, 2010).

2.4 Alimentação de Idosos

Ao se falar sobre alimentos e alimentação, fala-se da vida e da história humana através de uma atividade cotidiana que, além de fornecer as substâncias necessárias para viver, é uma das principais tarefas pelas quais o ser humano satisfaz e manifesta seus sentimentos, emoções e tradições. A comida abrange a sabedoria empírica acumulada e contém grande parte de magia e ritual. Ela se reveste de um valor simbólico, de tal forma que mudar o regime alimentar de um povo implica tocar em sua identidade social e cultural e em suas relações com o sagrado. O universo alimentar de cada grupo social é carregado de simbolismos (SILVA; CÁRDENAS, 2007).

No Brasil, diversos estudos têm enfatizado a relação entre estado nutricional e doenças crônicas em idosos, com destaque para a hipertensão e o Diabetes mellitus (DM). Sobrepeso e obesidade são importantes fatores de risco para desenvolvimento de alguma morbidade e associam-se ao maior consumo de alimentos ricos em gorduras, carboidratos refinados, diminuição no consumo de carboidratos complexos e fibras alimentares e redução da prática de atividade física (NASCIMENTO et al., 2011).

A alimentação, importante campo científico, entretanto, vem sendo pouco trabalhado no mundo da ciência positiva, dada a ênfase histórica – e hegemônica mesmo – da Nutrição em sua identidade com o modelo biomédico de conceber processos de saúde-doença-cuidado. Aqui, a tônica é dada pelo estabelecimento dos limites daquilo que se pode ou não comer em função de patologias comuns a vida moderna, em especial aos idosos, o que fica bem marcado na noção de alimentação saudável veiculada nos anos recentes (MENEZES et al., 2010).

A nutrição desempenha importante papel na identificação de fatores de risco para mortalidade e desenvolvimento de diversas doenças entre os idosos (NASCIMENTO et al., 2011).

2.5 Hipertensão em Idosos

O aumento da população idosa, em termos de saúde pública, traduz-se em maior número de problemas crônicos, entre elas a hipertensão arterial, de alta prevalência nesta faixa

da população, tornando-se necessário o maior conhecimento e capacitação dos profissionais da área de saúde para diagnóstico e tratamento precoces e adequados, com mudanças do estilo de vida, medicamentos, profissional capacitado e também de medidas de prevenção das complicações próprias da hipertensão arterial para redução de morbimortalidade cardiovascular com manutenção ou melhora da qualidade de vida e de independência funcional (JOBIM, 2008).

Apesar de ser um problema frequente, a hipertensão nessa faixa etária ainda não é bem controlada, constituindo-se como um sério fator de risco para o surgimento de doenças cerebrovasculares e cardíacas. Sua alta prevalência é um fator determinante na morbimortalidade dessa população, exigindo assim correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica (CONTIERO et al., 2009).

É uma doença crônica de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos (CARLOS et al., 2008). O aumento da pressão arterial ocorre quando a relação entre débito cardíaco e a resistência periférica total é alterada, sendo, de fato, uma característica complexa determinada pela integração de múltiplos fatores genéticos, ambientais e demográficos (HENRIQUE et al., 2008).

Com o envelhecimento, a pressão arterial sistólica sofre elevação contínua até a 8ª ou 9ª décadas, em torno de 25 a 35 mmHg, principalmente devido a diminuição da elasticidade dos grandes vasos, enquanto a pressão arterial diastólica aumenta 10 a 15 mmHg até a 6ª década, para então se estabilizar ou reduzir-se gradativamente. Na grande maioria das vezes a hipertensão é assintomática, e quando existem sintomas, geralmente apresenta lesão de órgãos-alvo; o seu diagnóstico é feito pela medida da pressão em consultórios médicos e em serviços de saúde (JOBIM, 2008).

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (ZAITUNE et al., 2006).

Apesar das evidências e das recomendações claras, os idosos ainda são o grupo etário que apresentam maior problema do controle pressórico. A maioria dos pacientes necessita de dois ou mais fármacos de classes diferentes para o controle adequado da Pressão Arterial. A

escolha de fármacos com menor número de tomadas diárias, preferencialmente em dose única, pode melhorar a aderência ao tratamento (PERROTTI et al., 2007).

As alterações fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem no processo de envelhecimento afetam o estado nutricional. Nesse contexto, uma alimentação saudável e a manutenção do estado nutricional adequado são fatores importantes para a saúde e, portanto, para um envelhecimento bem sucedido (FREITAS; PHILIPPI; RIBEIRO, 2011).

2.6 Diabetes Mellitus em Idosos

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com a dieta inadequada, o sedentarismo e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo (MENDES et al., 2011), sendo que, dentre estas, a hipertensão arterial e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e o estilo de vida. Estas alterações podem comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (MIRANZI et al., 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2006b), o DM é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e que se associa a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), a resistência à ação da insulina, os distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006b).

A incidência do diabetes tem aumentado nos últimos anos. Em 1995 atingia cerca de 4% da população adulta mundial e em 2025 alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006b).

De acordo com o VIGITEL 2010 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta (acima de 18 anos) é de 6,3%, mas a prevalência do diabetes atinge 22% da população com idade superior a 65 anos, sem diferença entre os sexos (BRASIL, 2011b).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse

cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (MENDES et al., 2011).

2.7 Programa Hiperdia

No final da década de 80, o movimento de reforma sanitária e outras forças democráticas conquistaram importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde, produzindo uma reformulação do modelo assistencial vigente, por meio da criação de um sistema sob comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS), com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o país. Tal sistema baseava-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e participação social, bem como admitia a participação supletiva do setor privado. Esses princípios, legitimados na Constituição de 1988, objetivavam reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (BARROS et al., 2010).

Dentro do SUS foi desenvolvido o Programa Hiperdia, que é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Este sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população (BRASIL, 2011a).

É um programa instituído pelo Ministério da Saúde para promover a redução da morbidade e mortalidade relacionada às duas doenças crônicas mais prevalentes no Brasil, a hipertensão arterial e o Diabetes *mellitus*, e tem como objetivo desenvolver ações de apoio e reorganização da rede de saúde para promover a melhoria da atenção aos portadores dessas doenças em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SASS et al., 2012).

Como uma estratégia de saúde, o Hiperdia visa aumentar a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial e do Diabetes mellitus através da reorganização da Rede Básica dos Serviços de Saúde/SUS, dando-lhes resolutividade e qualidade no atendimento e tem como objetivo reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a consequente melhoria da qualidade de vida da população (CASTRO et al., 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer a situação de (in)segurança alimentar em idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Belinha Nunes, Picos, Piauí.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a situação de (in)segurança alimentar nos idosos;
- Verificar a ocorrência de (in)segurança alimentar intrafamiliar em seus diversos níveis;
- Conhecer o perfil socioeconômico da população e o consumo alimentar.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento do Estudo

A pesquisa foi realizada por meio de um estudo transversal, descritivo, com obtenção de dados primários de uma parcela específica da população no período de fevereiro a março de 2012.

Nos estudos transversais, todas as medições são feitas num único momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (PONTES; SENA; FERREIRA, 2008). São estudos rápidos, baratos e fáceis em termos logísticos e apropriados para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição (DESENHOS DE ESTUDO, 2012).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Picos, localizado no centro-sul do Estado do Piauí, integrando a Microrregião de Picos. De acordo com dados do Censo Demográfico do IBGE 2010, o município possui uma área territorial de 534,7 Km² e conta com uma população residente total de 73.414 habitantes, sendo que a zona urbana concentra 58.307 dos habitantes e a zona rural 15.107 dos habitantes.

O Programa Saúde da Família foi implantado no município a partir de 1999, contando atualmente com 30 (trinta) equipes na Estratégia Saúde da Família, sendo 20 (vinte) equipes sediadas na zona urbana e 10 (dez) na zona rural. A Estratégia Saúde da Família tem seu foco nas ações de vigilância à saúde, com ações voltadas para a prevenção e promoção à saúde, realizando o atendimento às famílias com destaque para o acompanhamento de grupos específicos como o Programa Nacional de Imunização, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Saúde Bucal, Atenção às Doenças Crônicas Degenerativas e Não Transmissíveis, DST's, entre outros.

O estudo foi realizado com idosos residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) São Vicente, que são atendidos na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes. Esta localidade foi selecionada porque é a unidade do PSF que atende apenas uma localidade que contém o maior número de pessoas cadastrados no Programa Hiperdia.

4.3 População de Estudo

A população do presente estudo foi composta por 20 idosos residentes em uma área adstrita a uma Unidade Básica de Saúde no município de Picos – Piauí, acompanhados pela atenção básica à saúde por meio da equipe do Programa Saúde da Família no Programa Hiperdia.

A amostragem inicial, cadastrada no Programa Hiperdia, consistia de 112 pessoas, de acordo com relatório fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Picos. Este número inicial foi reduzido para 72 (setenta e dois), sendo apenas os que apresentavam idade igual ou superior a 60 anos e, posteriormente, foi reduzido para 20 idosos, pois no momento das entrevistas constatou-se que algumas pessoas cadastradas não participavam mais do programa e outras já haviam falecido.

Essa inconsistência nos dados deve-se a não atualização do programa no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Picos.

4.4 Definição da Amostra

Foram realizadas entrevistas com todos os idosos diagnosticados com hipertensão e diabetes, cadastrados no Programa Hiperdia e que concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra dos sujeitos da pesquisa foi composta por todos os idosos que se enquadraram nos critérios de elegibilidade.

4.4.1 Critérios de Inclusão

Participaram deste estudo os idosos que atenderam aos seguintes requisitos:

- Idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos;
- Cadastrados no Programa Hiperdia, residentes nos domicílios de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) São Vicente;
- Capacidade mental para responder à entrevista de forma racional;
- Assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo todos os demais sujeitos, bem como aqueles que, dentro dos critérios de inclusão, não assinaram o TCLE.

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Os dados foram coletados após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI e da Secretaria Municipal de Saúde de Picos - PI (APÊNDICE A). Posteriormente foi realizada a entrevista no domicílio do sujeito da pesquisa (idoso), mediante agendamento realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), no intuito de não desmotivá-lo a participar do estudo, bem como para obter informações mais fidedignas. O entrevistado, ao concordar em participar do estudo por meio da assinatura do TCLE, respondeu as questões previamente elaboradas.

Os dados referentes ao perfil socioeconômico foram obtidos por meio de formulário específico (APÊNDICE B), envolvendo questões sobre características das famílias, como renda, composição, tempo de residência, tipo de moradia, número de cômodos, abastecimento de água, esgoto e coleta de lixo.

A situação de segurança alimentar intrafamiliar foi investigada a partir da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), utilizando-se um questionário adaptado do United States Department of Agriculture (ANEXO A). As adaptações feitas no método para implantação no Brasil se tornaram necessárias e tiveram sua validação qualitativa e quantitativa efetivadas pelas decisões de coordenadores de pesquisa entre 2003 e 2004 (MITCHELL; PESSANHA, 2008).

O instrumento consta de 14 perguntas fechadas, com resposta sim ou não, sobre a experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar em seus diversos níveis de intensidade, que vão da preocupação de que a comida possa vir a faltar até à vivência de passar todo um dia sem comer.

Todas as 14 perguntas foram direcionadas ao idoso participante da pesquisa. Cada resposta afirmativa do questionário representou 1 (um) ponto, sendo a pontuação da Escala sua soma, que varia em uma amplitude de 0 a 14 pontos.

O consumo alimentar foi obtido por meio de Questionário de Frequência Alimentar dos últimos sete dias, disponibilizado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

4.6 Análise dos Dados da EBIA

Os pontos de corte da insegurança alimentar foram definidos por critério de assinação equidistante, isto é, a cada nível corresponde um mesmo número de pontos (MARIN-LEÓN et al., 2005). Como cada resposta afirmativa corresponde um ponto, a condição da família foi classificada de acordo com a tabela a seguir:

Tabela 1 - Pontuação para classificação dos domicílios com e sem menores de 18 anos de idade

DESCRIÇÃO	Pontos de corte para domicílios	
	Com menores de 18 anos	Sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1 – 5	1 – 3
Insegurança Alimentar Moderada	6 – 9	4 – 5
Insegurança Alimentar Grave	10 – 14	6 – 8

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009.

A aplicação e análise da EBIA demonstrou existir aspectos comuns aos diferentes contextos socioculturais e que representam os graus de severidade da IA, como o componente psicológico, a qualidade dos alimentos, a redução quantitativa dos alimentos entre adultos, a redução quantitativa dos alimentos entre as crianças e a fome (PNAD, 2010).

A partir da percepção da experiência do domicílio nos últimos 90 dias, a EBIA aponta para um dos seguintes graus da (in)segurança alimentar vivida pelas famílias:

Tabela 2 - Descrição da situação de segurança alimentar

Situação de segurança alimentar	Descrição
Segurança alimentar	Os moradores dos domicílios têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança alimentar leve	Preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança alimentar moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança alimentar grave	Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de

alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009.

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel 2010 e foram confeccionados tabelas e gráficos.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa obedeceu ao preconizado pela Resolução CNS N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados foram coletados após aprovação do projeto, em seus aspectos éticos e metodológicos, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n° 0474.0.045.000-11.

Cada participante autorizou a anuência ao estudo, mediante a assinatura do TCLE.

Após apresentação do relatório da pesquisa aos gestores do município, os achados serão oportuna e adequadamente divulgados, respeitando os princípios bioéticos, em especial o da autonomia e o da beneficência.

4.7.1 Riscos e Benefícios da Pesquisa

Os participantes foram informados que não haveria riscos para a realização do estudo, uma vez que foram realizadas somente entrevistas com os mesmos.

Os benefícios foram relacionados à identificação das condições de (in)segurança alimentar, que levarão ao desencadeamento de estratégias de saúde pública no planejamento de ações de melhoria das condições de vida e nutrição da população.

5 RESULTADOS

5.1 Dados sócio-demográficos

O estudo investigou 20 idosos, dos quais 85,0% (17) eram do sexo feminino e 15,0% (3) do sexo masculino. No tocante a saber ler e escrever com facilidade, 50,0% dos sujeitos da pesquisa declararam não saber ler ou escrever. Quanto a principal ocupação, todos (100,0%) relataram não trabalhar mais, 85,0% (17) citou como única fonte de renda o benefício da aposentadoria e 15% (3) não possuíam nenhuma fonte de renda.

No que se concerne a situação da moradia, 70,0% dos idosos moravam em casa própria, 25,0% moravam em casa alugada e outros 5,0% em outros tipos de moradia (cedida), sendo que todas as residências eram do tipo alvenaria, das quais 90,0% possuíam 04 ou mais cômodos.

Tabela 03 - Distribuição sócio demográfica dos idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, segundo sexo, facilidade para leitura, ocupação, situação e tipo de moradia e número de cômodos. Picos (PI), 2012. (n=20)

VARIÁVEIS	%	Nº
Sexo		
Masculino	15,0	3
Feminino	85,0	17
Ler ou escrever com facilidade		
Sim	50,0	10
Não	50,0	10
Ocupação		
Autônomo	-	-
Aposentado	85,0	17
Nenhuma	15,0	3
Situação da moradia		
Própria	70,0	14
Alugada	25,0	5
Tipo de moradia		
Alvenaria	100,0	20
Construção de madeira	-	-
Taipa	-	-
Outra	-	-

Número de cômodos da casa

01	-	-
02	10,0	2
03	-	-
04 ou mais	90,0	18

Fonte: Pesquisa direta

Quanto ao número de pessoas residentes por domicílio, a Tabela 04 identificou que as famílias eram constituídas em sua maioria (40%) por 02 pessoas; 30,0% dos domicílios possuíam 04 ou mais pessoas, 25,0% possuíam 03 pessoas, apenas 5,0% das residências era constituída por apenas uma pessoa no domicilio (o idoso).

O estudo mostrou que em 45,0% dos domicílios nenhuma das pessoas residentes trabalhavam, em 35,0% dos domicílios apenas uma pessoa trabalhava e em 15% apenas uma pessoa trabalhava.

A maioria das famílias (45%) ganhava entre 3 e 4 salários-mínimos (R\$ 1.866,00 – R\$ 2.488,00), 40% ganhavam entre 1 e 2 salários (R\$ 622,00 – R\$ 1.244,00). 15,0% das famílias possuíam menos de um salário mínimo (R\$ 622,00).

35% relatavam ir com frequência à farmácia. Quando entrevistados sobre outras doenças presentes na família, a gripe foi relatada em 30,0% das famílias, enquanto o alcoolismo era observado em 15,0% e o tabagismo em 10,0%. Foi observada a incidência de hanseníase em 5,0% das famílias. Outros 35,0% relataram a presença de outras doenças, como depressão, rinite alérgica e estresse.

Tabela 04 - Distribuição sócio demográficas dos idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, segundo número de pessoas do domicílio, quantas trabalham, renda familiar, serviços de saúde e outras doenças presentes. Picos (PI), 2012. (n=20)

VARIÁVEIS		
	%	Nº
Número de pessoas no domicílio		
1	5,0	1
2	40,0	8
3	25,0	5
4 ou mais	30,0	6
Número de pessoas da família que trabalham		
Nenhuma	45,0	9
1	35,0	7
2	15,0	3

3	5,0	1
4 ou mais	-	-
Renda familiar mensal		
Menos de 1 salário mínimo (- R\$ 622,00)	15,0	3
1 a 2 salários-mínimos (R\$ 622,00 – R\$ 1.244,00)	40,0	8
3 a 4 salários-mínimos (R\$ 1.866,00 – 2.488,00)	45,0	9
Serviços de saúde mais utilizados		
PSF (Programa Saúde da Família)	100,0	20
Hospital	-	-
UBS / Centro de Saúde	100,0	20
Farmácia	35,0	7
Outros	-	-
Doenças presentes na família		
Alcoolismo	15,0	3
Câncer	5,0	1
Hanseníase	5,0	1
Tabagismo	10,0	2
Gripe	30,0	6
Outras	35,0	7

Fonte: Pesquisa direta

Toda a água das residências provinha da rede pública. Em relação ao destino do esgoto sanitário 85,0% utilizavam a rede pública e 15,0% fossas sépticas. A coleta de lixo era realizada integralmente pela prefeitura.

Tabela 05 - Distribuição sócio demográficas dos idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, segundo serviços de água, esgoto e lixo. Picos (PI), 2012. (n=20)

VARIÁVEIS		
	%	Nº
Proveniência da água		
Rede pública	100,0	20
Poço / cisterna	-	-
Outras fontes	-	-
Tipo de esgoto sanitário		
Rede pública	85,0	17
Fossa	15,0	3
Esgoto a céu aberto	-	-
Destino do lixo		
Coletado pela Prefeitura	100,0	20
Outros (queimado, enterrado, terrenos)	-	-

Fonte: Pesquisa direta

5.2 Situação de (in)segurança alimentar

O estudo relatou, por meio da Figura 01, que 60% dos idosos encontravam-se em situação de segurança alimentar e 40,0% em insegurança alimentar.

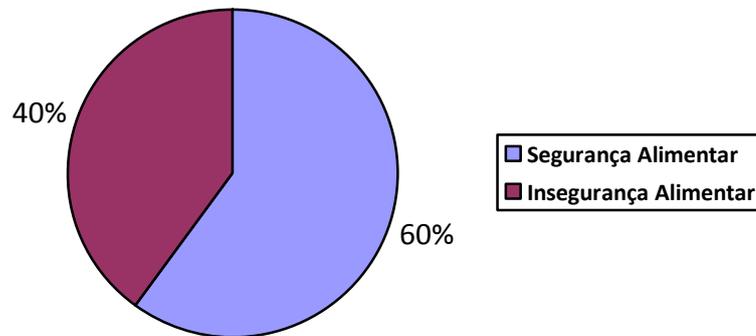


Figura 01 – Distribuição das famílias dos idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, segundo situação de (in)segurança Alimentar. Picos (PI), 2012.

Fonte: Pesquisa direta

Dentre os níveis de insegurança alimentar verificou-se um percentual de 35,0% de insegurança alimentar leve e 5,0% de insegurança alimentar grave. No presente estudo não foi observado a presença de insegurança alimentar moderada entre os sujeitos da pesquisa. (Figura 02).

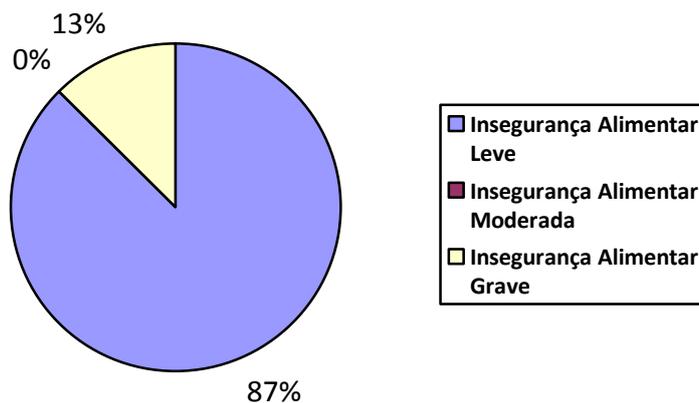


Figura 02 – Distribuição das famílias dos idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na Unidade Básica de Saúde Belinha Nunes, segundo classificação da situação de insegurança Alimentar. Picos (PI), 2012.

Fonte: Pesquisa direta

5.3 Consumo alimentar dos últimos sete dias

No que concerne ao consumo alimentar dos últimos sete dias, 35,0% relatou não haver consumido salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho) nos últimos sete dias. 70,0% relataram consumir diariamente frutas frescas ou salada de frutas e feijão, 50,0% dos idosos ingeriram iogurte todos os dias.

Quanto ao consumo alimentar de batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, pastel, quibe, etc) apenas 5,0% da população do estudo referiu ter consumido diariamente (nos últimos sete dias), os demais referiram não ter consumido nos últimos sete dias ou ter consumido apenas uma vez nos últimos sete dias (85,0% e 10,0% respectivamente).

Quando entrevistados sobre o consumo de bolachas, biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, 35,0% relataram o consumo diário nos sete últimos dias. No tocante ao consumo de bolachas, biscoitos doces ou recheados, balas, doces e chocolates 75,0% informaram não ter feito o consumo nos últimos sete dias. Apenas 15,0% dos idosos afirmaram consumir refrigerantes todos os últimos sete dias.

Tabela 06 – Consumo alimentar dos últimos sete dias de idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia na unidade Básica de Saúde Belinha Nunes. Picos (PI), 2012. (n=20)

VARIÁVEIS ALIMENTO / BEBIDA	Não comeu nos últimos 7 dias		1 dia nos últimos 7 dias		2 dias nos últimos 7 dias		3 dias nos últimos 7 dias		4 dias nos últimos 7 dias		5 dias nos últimos 7 dias		6 dias nos últimos 7 dias		Todos os 7 últimos dias	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc).	35,0	7	10,0	2	10,0	2	10,0	2	-	-	10,0	2	5,0	1	20,0	4
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca).	20,0	4	15,0	3	15,0	3	10,0	2	-	-	-	-	-	-	40,0	8
3. Frutas frescas ou salada de frutas	10,0	2	5,0	1	10,0	2	-	-	-	-	5,0	1	-	-	70,0	14
4. Feijão	5,0	1	15,0	3	-	-	-	-	5,0	1	-	-	5,0	1	70,0	14
5. Leite ou iogurte	35,0	7	5,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10,0	2	50,0	10
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc).	85,0	17	10,0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0	1
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc).	85,0	17	-	-	5,0	1	-	-	-	-	5,0	1	-	-	5,0	1
8. Bolachas / biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	30,0	6	5,0	1	15,0	3	15,0	3	-	-	-	-	-	-	35,0	7
9. Bolachas / biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom).	75,0	15	5,0	1	5,0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0	3
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light).	70,0	14	10,0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5,0	1	15,0	3

Fonte: SISVAN – Pesquisa Direta

6 DISCUSSÃO

Este estudo, representativo do universo de idosos com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência do PSF Belinha Nunes, localizado na área urbana de Picos-PI, nos possibilitou conhecer e melhor compreender a situação de insegurança alimentar intra-familiar (IA) e os fatores a ela relacionados.

Marin-Leon et al. (2005), estudando a percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas-SP, identificaram predominância do sexo feminino (81,5%) e apontaram como fatores de risco para insuficiência alimentar a renda e a escolaridade baixas. Para Dias et al. (2011), o predomínio de mulheres é pertinente para a relação de idosos por gênero no Brasil.

De acordo com dados do IBGE (2007), é possível traçar tendência para a população idosa no Brasil. Primeiramente, ela pode ser caracterizada como feminina, uma vez que as mulheres, em 2007, representavam 53% da população idosa, contra 47% dos homens. Essa tendência pode estar associada ao menor consumo de álcool, fumo e maiores facilidades de acessos a atendimentos médicos por parte das mulheres. Em segundo, ela também pode ser caracterizada como urbanizada, visto que, em 2007, o número de pessoas idosas residentes em áreas urbanas era maior que as residentes em áreas rurais, ou seja, 73% da população idosa residiam em áreas urbanas, tendência explicada pelo fato de essa população buscar nas áreas urbanas melhores condições e atendimento às suas necessidades (ALMEIDA; GUIMARÃES; REZENDE, 2010).

Interessante observar que os dados relativos à escolaridade não são concordantes com as características da população de idosos no Brasil, onde menos de 20% apresentam elevado grau de escolaridade (SASS et al., 2012).

Almeida, Guimarães e Rezende (2010) citando Blackwell, Miniard e Engel (2005), relata que a classe econômica é um dos determinantes de consumo. No que se refere aos recursos financeiros e ao consumo alimentar dos idosos, os autores revelam que a falta deste recurso, muitas vezes, obriga-os a não realização de uma das refeições. Considerando as condições de vida desses consumidores e a maneira como a sua renda é distribuída, esse fator pode influenciar e afetar o seu consumo alimentar, uma vez que esses ganhos não se destinam apenas à sua alimentação.

O presente estudo mostra que apesar da maioria dos idosos entrevistados possuírem renda superior a 03 salários mínimos (R\$ 1.866,00), boa parte dos mesmos ainda tem preocupação que o alimento falte em sua mesa antes que possam ter dinheiro para comprar

mais, o que demonstra a preocupação do idoso com a alimentação. Essa preocupação, no entanto, talvez esteja relacionada à quantidade de pessoas que residem no domicílio. Apesar de possuir uma renda mensal relativamente boa, há a preocupação que o dinheiro não seja suficiente para suprir todas as necessidades relativas à alimentação.

Os resultados desse perfil são compatíveis com os apresentados na literatura como, por exemplo, o estudo de Cotta e colaboradores (2009) que investigou o estilo de vida de pacientes hipertensos e diabéticos e encontrou como principais características desse grupo: baixa renda e escolaridade (RABELO et al., 2011).

Relatório técnico de acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras, realizado por Segall-Corrêa et al. (2004), nas capitais brasileiras Brasília-DF, João Pessoa-PB, Manaus-AM e Cuiabá-MT, revela que os sujeitos da pesquisa argumentaram que, no limite, o que de fato determina a segurança alimentar é ter dinheiro suficiente para a compra de alimentos. O acesso aos alimentos, medicamentos, moradia etc., depende do poder aquisitivo dos indivíduos.

Rabelo et al. (2011) identificou num estudo uma média de 5,62 co-morbidades auto-relatadas. Apesar deste número considerável de comorbidades, a maioria dos idosos foi considerada, tanto moderadamente ativa (81,7%) ou ativa (7,5%), a partir de uma perspectiva funcional. O autor explica esse resultado pela relação que a saúde tem como a qualidade de vida, sendo um bom indicador para a percepção negativa, mas insuficiente para explicar a velhice bem sucedida.

Estudos demonstram que, aproximadamente, 15,0% a 20,0% dos idosos não institucionalizados apresentam sintomas depressivos. Esta ocorrência é variável, conforme o sexo, escolaridade, nível socioeconômico, condições de saúde, além de estar relacionada à presença de prejuízo cognitivo e situação social precária. A depressão está voltada também ao estado nutricional, uma vez que interfere no centro de controle neural, responsável pela fome, ansiedade e compulsões alimentares, podendo levar à desnutrição ou à obesidade (SASS et al., 2012).

Panelli-Martins, Santos e Assis (2008), em estudo sobre segurança alimentar e nutricional no município de Mutuípe (BA), encontraram uma média de 50,0% de IA moderada e constataram que um dos fatores que contribuíram para o resultado foi a baixa renda do responsável pelos domicílios.

Ao afirmar que determinado grupo ou indivíduo está em estado de segurança alimentar e nutricional, considera-se que este grupo ou indivíduo está tendo acesso a alimentação e nutrição adequadas e está em condições de aproveitar, em termos fisiológicos,

os alimentos ingeridos. Ou seja, está saudável e vivendo em um ambiente saudável (BURITY et al., 2010).

De acordo com Martins et al. (2010), o baixo consumo de alimentos ricos em fibras e o elevado consumo de açúcares e gorduras saturadas, compõem um dos principais fatores de risco para obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e outras doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DCNT).

Pesquisas recentes sugerem efeito complexo da ingestão de frutas e hortaliças no controle das doenças cardiovasculares e de outras morbidades. Neste sentido, o consumo insuficiente de frutas e hortaliças aumenta o risco de DCNT. A importância das frutas e hortaliças na alimentação é destacada pelo fato de que estas se constituem em fontes de minerais, vitaminas, fibras alimentares, antioxidantes e fitoquímicos que protegem o organismo contra o envelhecimento precoce, a aterosclerose e alguns tipos de câncer (MARTINS et al., 2010).

Grande parte das dificuldades de acesso à alimentação na atualidade deve-se aos preços dos alimentos, que continuam em alta no mundo. No Brasil, a despeito dos programas sociais que transferem renda para os mais pobres, um grande contingente populacional vive em condições de insegurança alimentar e, para que haja crescimento econômico com melhoria das condições de vida dos brasileiros, será necessário um incremento mais que proporcional na disponibilidade de alimentos. Além de prover o mundo, a esperada redução da desigualdade de renda no Brasil implicará maior consumo local de alimentos no futuro (CARVALHO; SILVA, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das inúmeras investidas governamentais dos últimos dez anos, voltadas prioritariamente para famílias de baixa renda, a insegurança alimentar deve ser considerada como problema de Saúde Pública diretamente associado à renda e à desigualdade social, pela gravidade que acomete às famílias menos privilegiadas.

A utilização da EBIA mostrou-se uma ferramenta importante para avaliar a situação alimentar de idosos e pode servir para o monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Conhecer a dimensão da IA é a principal contribuição do presente trabalho, o qual pode servir de referência para futuros estudos e para o planejamento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do problema, na busca da garantia do direito humano à alimentação adequada, como preconizado pela III Conferência Nacional de SAN.

Para o alcance desse objetivo é necessário o trabalho conjunto de instituições, organismos e organizações que conformem o entorno social do indivíduo e sua alimentação e nutrição, na perspectiva do direito. A segurança para se alimentar com qualidade e em quantidade suficientes é um direito social a ser assegurado pelo Estado e um aspecto a ser buscado e vigiado pela sociedade em geral.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S.S. **Nutrição, Cérebro e Comportamento**. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.E. Ciências Nutricionais. 2ª Ed. São Paulo: **Savier**, 2008, p.612.
- ALMEIDA, I.C.; GUIMARÃES, G.F.; REZENDE, D.C. **Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo**. Porto Alegre: **Gestão Contemporânea**, ano 7, n.8, p.63-92, 2010.
- BARROS, D.F. et al. **O CONTEXTO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**. Florianópolis: **Texto & Contexto Enfermagem**, v.19, n.1, p.78-84, 2010.
- BRASIL. IBASE – Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das Famílias Beneficiadas** – Documento Síntese. Rio de Janeiro, 2008.
- _____. **Lei nº 11.346, de 15 e julho 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, Brasília, DF, 18 set. 2006a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=18/09/2006>> Acesso em: 17 set. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – Diabetes Mellitus**. 2006b. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/50110965/2/CONCEITO-DE-DIABETES-MELLITUS>> Acesso em: 14 set. 2011.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 17 set. 2011.
- _____. **Hiperdia**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807> Acesso em: 14 set. 2011a.
- _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL BRASIL 2010: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011b.
- _____. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD. **Segurança Alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2010.
- BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: **ABRANDH**, v.1, n.1, p.22, 2010

CARLOS, P.R. et al. **Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família**. [São José do Rio Preto]: **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.15, n.4, p.176-181, 2008.

CARVALHO, M.A.; SILVA, C.R.L. da. **Uma proposta para medir a insegurança alimentar**. Brasília: **Revista de Política Agrícola**, v.1, n.4, p.21-36, 2011.

CASTRO, N.G. et al. **HIPERDIA: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão**. São Luís: **Cadernos de Pesquisa**, v.17, n.2, p.77-83, 2010.

CONTIERO, A.P. et al. **IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família**. Porto Alegre: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.30, n.1, p.62-70, 2009.

DESENHOS DE ESTUDO. **Estudos transversais**. 2012. Disponível em: <http://stat2.med.up.pt/cursop/print_script.php3?capitulo=desenhos_estudo&numero=6&titulo=Desenhos%20de%20estudo>. Acesso em: 28 out. 2012, 20:10:00.

DIAS, J.A. **SER IDOSO E O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO: SAÚDE PERCEBIDA**. Juiz de Fora: **Esc Anna Nery**, v.15, n.2, p.372-379, 2011.

FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. **Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais**. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.7, p.1674-1681, 2007.

FREITAS, A.M.P.; PHILIPPI, S.T.; RIBEIRO, S.M.L. **Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas**. [São Paulo]: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.14, n.1, p.161-177, 2011.

GAZONI, F.M. et al. **Hipertensão sistólica no idoso**. [Ribeirão Preto]: **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.16, n.1, p.34-37, 2009.

GUBERT, M.B.; BENÍCIO, M.H.D.; SANTOS, L.M.P. **Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.8, p.1595-1605, 2010.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2002.

HENRIQUE, N.N. et al. **HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: UM ESTUDO SOBRE OS PROGRAMAS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Rio de Janeiro: **Revista de Enfermagem**, v.16, n.2, p.168-173, 2008.

JOBIM, E.F.C. **Hipertensão Arterial no Idoso: Classificação e Peculiaridades**. [São Paulo]: **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.6, n.6, p.250-253, 2008.

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

LIMA-FILHO, D.O. et al. **COMPORTAMENTO ALIMENTAR DO CONSUMIDOR IDOSO**. Blumenau: **Revista de Negócios - Universidade regional de Blumenau – FURB**, v.13, n.4 p. 27–39, 2008.

MARÍN-LEÓN, L. et al. **A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil.** Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1433-1440, 2005.

MARTINS, M.P.S.C. et al. **Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos e Hipertensos.** Rio de Janeiro: **Rev Bras Cardiol.**, v.23, n.3, p.162-170, 2010.

MENDES, T.A.B. et al. **Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil.** Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.6, p.1233-1243, 2011.

MENEZES, M.F.G. et al. **Alimentação saudável na experiência de idosos.** Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.2, p.267-275, 2010.

MIRANZI, S.S.C. et al. **QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ACOMPANHADOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.** Florianópolis: **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.672-679, 2008.

MITCHELL, P.V.; PESSANHA, L.D.R. **Perfil Socioeconômico e Ocupacional da População em (In)Segurança Alimentar: uma análise dos dados da PNAD 2004.** In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XVI. **Trabalho.** Caxambu, p.1-19, 2008.

NASCIMENTO, C.M. et al. **Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura.** [Viçosa]: **Revista Médica de Minas Gerais**, v.21, n.2, p.174-180, 2011.

OLIVEIRA, J.S. et al. **Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste.** São Paulo: **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.3, p.413-423, 2009.

PANELLI-MARTINS, B.E.; SANTOS, S.M.C dos; ASSIS, A.M.O. **Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil.** Campinas: **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 0, 2008.

PANIGASSI, G. et al. **Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional.** Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.10, p.2376-2384, 2008a.

PANIGASSI, G. et al. **Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos.** Campinas: **Revista de Nutrição**, v.21(S), n.10, p.135-144, 2008b.

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. **Indicadores e medidas de insegurança alimentar.** Campinas: **Revista de Nutrição**, v.21, p.15-26, 2008. Suplemento.

PERROTTI, T.C. et al. **Tratamento farmacológico da hipertensão no idoso.** [Ribeirão Preto]: **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.14, n.1, p.37-41, 2007.

PONTES, L.M.; SENA, J.E.A.; FERREIRA, U.M.G. **Perfil antropométrico e da composição corporal de garis de ambos os sexos que trabalham em setores diferenciados**. Buenos Aires: Revista Digital, ano 13, n.120, 2008.

RABELO, D.F. et al. **Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos**. São Paulo: **Revista Kairós Gerontologia**, v.13, n.2, p.115-130, 2010.

SASS, A. **Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes *mellitus***. Maringá: **Acta Paul Enferm**, v.25, n.1, p.80-85, 2012.

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**. Campinas: **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, v.16, n.2, p.1-19, 2009.

SILVA, V.P.; CÁRDENAS, C.J. **A comida e a sociabilidade na velhice**. São Paulo: **Revista Kairós**, v.10, n.1, p.51-69, 2007.

VIANNA, R.P.T.; SEGALL-CORRÊA, A.M. **Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil**. Campinas: **Revista de Nutrição**, v.21, p.111-122, 2008. Suplemento.

ZAITUNE, M.P.A. et al. **Hipertensão Arterial em Idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.285-294, 2006.

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Prefeitura Municipal de Picos
"Ordem e Progresso"

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PICOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



Secretaria Municipal
de Saúde de Picos-PI

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Declaramos para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que o município de Picos - Piauí, através da Secretaria Municipal de Saúde, AUTORIZA os pesquisadores Artemízia Francisca de Sousa, Marília Gomes de Sousa Bezerra e Júlio Araújo Silva, do curso de Bacharelado em Nutrição da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, a realizar junto à população do presente município a pesquisa intitulada "SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR EM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS".

A pesquisa será realizada na área de abrangência do PSF São Vicente e terá por objetivo avaliar a situação de segurança alimentar em idosos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS Belinha Nunes.

O estudo somente ocorrerá a partir do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, garantindo-se aos pesquisadores o acesso aos dados e informações que esta administração possuir e que forem de caráter público e administrativo,

Picos (PI), 04 de novembro de 2011.

Atenciosamente,

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros - Curso de Bacharelado em Nutrição
Telefone: (89) 3422-1018 – Internet: www.ufpi.br – CEP: 64600-000 – Picos – Piauí – Brasil

Este questionário tem por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes do Projeto “Situação de Segurança Alimentar de Idosos com Hipertensão e Diabetes Atendidos em Uma Unidade Básica de Saúde”.

Data da realização: ____/____/____

A) IDENTIFICAÇÃO DO(A) ENTREVISTADO(A)

1. Qual o seu nome completo?	
2. Qual o seu endereço residencial? Rua: _____ Nº. _____ Bairro: _____	
3. Qual sua posição na família? (1) Mãe (2) Pai (3) Outra (especificar): _____	(1) (2) (3)
4. Qual o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	(1) (2)
5. Qual a sua idade completa (anos)? __ __	__ __
6. Como o(a) Sr ^(a) considera a cor da sua pele? (1) Negra (2) Branca (3) Parda/Mulata (4) Oriental (5) Indígena (6) Outra (especificar): _____	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
7. Até que série o(a) Sr ^(a) estudou? _____ <i>(reforçar perguntando se ele(a) terminou a série referida).</i>	
8. O(a) Sr ^(a) sabe ler e escrever um bilhete com facilidade? (1) Sim (2) Não	(1) (2)

B) DADOS SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA

9. A casa que o sr ^(a) mora é: (1) Própria quitada (2) Própria financiada (3) Alugada (4) Cedida	(1) (2) (3) (4)
10. Quantas pessoas moram na sua casa? TOTAL __ __	
11. O(a) Sr ^(a) já está aposentado(a)? (1) Sim (2) Não	(1) (2)
12. Quantas pessoas da família estão trabalhando? __ __	__ __
13. Qual a renda mensal de toda a família? (1) Até 1 salário-mínimo (2) De 1 a 2 salários-mínimos (3) De 2 a 3 salários-mínimos (4) De 3 a 4 salários-mínimos (5) De 4 a 5 salários-mínimos (6) Mais de 5 salários-mínimos	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
14. Tipo de moradia: (observar e anotar) (1) alvenaria acabada (2) alvenaria inacabada (3) construção precária de madeira (4) taipa	(1) (2) (3) (4)
15. Quantos cômodos existem na casa? __ __	__ __
17. De onde vem a água que o(a) Sr ^(a) usa? (1) Rede pública, encanamento interno (2) Poço (4) Caminhão pipa (5) Outra fonte: _____ A que distância? _____	(1) (2) (3) (4) (5)
18. Qual o tipo de esgoto sanitário que há na sua casa? (1) Rede pública (2) Fossa (3) Esgoto a céu aberto	(1) (2) (3)

19. Como é feita a coleta de lixo aqui da sua casa?	
(1) Coleta pela prefeitura	(1)
(2) O lixo é queimado	(2)
(3) O lixo é enterrado	(3)
(4) O lixo é jogado próximo à casa	(4)
(5) Outro: _____	(5)

C) IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE

21. Quais serviços públicos de saúde são disponíveis na área de sua residência?	
(1) PSF	(1)
(2) Hospital	(2)
(3) UBS/Centro de Saúde/Policlínica	(3)
(4) Farmácia	(4)
(5) Outros: _____	(5)
22. Quais doenças estão presentes nesta família?	
(1) Alcoolismo	(1)
(2) Câncer	(2)
(3) Doença de Chagas	(3)
(4) Dengue	(4)
(5) Diabetes	(5)
(6) Hipertensão	(6)
(7) Hanseníase	(7)
(8) Pneumonia	(8)
(9) Rubéola	(9)
(10) Sarampo	(10)
(11) Tabagismo	(11)
(12) Gripe	(12)
(13) Outras: _____	(13)
(14) Nenhuma	(14)

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Campus Senador Helvídio Nunes de Barros - Curso de Bacharelado em Nutrição
Telefone: (89) 3422-1018 – Internet: www.ufpi.br – CEP: 64600-000 – Picos – Piauí – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Situação de Segurança Alimentar de Idosos Hipertensos e Diabéticos”

Pesquisador Responsável: Artemízia Francisca de Sousa

Instituição/Departamento: UFPI – Departamento de Nutrição, Picos - PI

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (89) 3422-1018

Pesquisadores participantes: Marília Gomes de Sousa Bezerra / Júlio Araújo Silva

Telefones para contato: (89) 9925-9505 / (89) 9921-4951

Você está sendo convidado (a) para participar, como **voluntário**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido(a)** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Este estudo tem por objetivo avaliar a situação de segurança alimentar de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS Belinha Nunes, em Picos-PI, utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Para tanto, você está sendo convidado a responder algumas perguntas sobre seu cotidiano alimentar e sobre seus dados socioeconômicos.

Vale destacar que não haverá riscos possíveis para você ou para qualquer pessoa da residência. Em qualquer etapa do projeto, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. A princípio não há benefício direto para você, pois trata-se de um estudo epidemiológico. Porém, ao final do estudo, poderemos concluir a presença de algum benefício à comunidade.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética e as agências regulamentadoras do governo terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você tem o direito de acompanhar toda a avaliação, assim como desistir a qualquer momento.

O período de participação no projeto será de 5 (cinco) meses, de janeiro a maio de 2012. É garantida a expressa liberdade de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo a você.

Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito

Eu, _____, RG: _____, CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Situação de Segurança Alimentar de Idosos Hipertensos e Diabéticos**”. Eu discuti com os pesquisadores Artemízia Francisca de Sousa, Marília Gomes de Sousa Bezerra e Júlio Araújo Silva sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Picos (PI), ____/____/____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura do sujeito ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos (PI), ____/____/____.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

Tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO A

PERGUNTAS DA ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

Nº	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
2	Nos últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
3	Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
4	Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou?		
5	Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
6	Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?		
7	Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?		
8	Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?		
9	Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?		
10	Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?		
11	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
12	Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
13	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		
14	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?		

