UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
GABRIELA DOS SANTOS INTERLENGHI

RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR FAMILIAR EM REGIÃO DA BAIXADA FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO.

RIO DE JANEIRO
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE NUTRIÇÃO JOSUÉ DE CASTRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

RELAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL E INSEGURANÇA ALIMENTAR FAMILIAR EM REGIÃO DA BAIXADA FLUMINENSE, RIO DE JANEIRO.

GABRIELA DOS SANTOS INTERLENGHI
ORIENTADORA: PROFª. DRª. ROSANA SALLES-COSTA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Rio de Janeiro
Fevereiro 2013

Interlenghi, Gabriela dos Santos.
Relação entre apoio social e insegurança alimentar familiar em região da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro / Gabriela dos Santos Interlenghi.– Rio de Janeiro : INJC, 2013.
xvii, 91 f.: il.; 31 cm.
Orientador: Rosana Salles da Costa.
Dissertação (mestrado) -- UFRJ, INJC, Programa de Pós-graduação em Nutrição, 2013.
Referências bibliográficas: f. 47-53
1. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. Apoio Social. 3. Estudos Populacionais em Saúde Pública. 4. Duque de Caxias. 5. Epidemiologia Nutricional - Tese. I. Costa, Rosana Salles da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro INJC, Programa de Pós-graduação em Nutrição. III. Título.

UFRJ INJC
Instituto de Nutrição Josué de Castro
Programa de Pós-Graduação em Nutrição

Ata da 238ª defesa de dissertação para concessão do grau de Mestre em Nutrição Humana, realizada no Instituto de Nutrição Josué de Castro do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aos dezoito dias do mês de fevereiro de dois mil e treze, às treze horas, no auditório JSS-04 do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação da candidata Gabriela dos Santos Interlenghi, aluna do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, tendo como orientadora a Professora Rosana Salles da Costa, sobre o tema "Relação entre apoio social e insegurança alimentar em região da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro". A referida defesa consta como um dos requisitos para obtenção do grau de mestre em Nutrição Humana. Instalada a sessão, passou-se a direção dos trabalhos à banca examinadora, constituída pelas Professoras Rosângela Alves Pereira, doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ, Ana Maria Segall Corrêa, doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP, e Rosane Harter Griep, doutora em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ. Foi passada a palavra à candidata, após esclarecimentos quanto à dinâmica da defesa e ao tempo de exposição da dissertação, segundo as normas vigentes. Posteriormente, a candidata foi arguida pelos membros da banca na forma regimental, estando (X) aprovado(a). ( ) por cumprir exigências no prazo máximo de ___ dias. ( ) reprovado(a). Em se tratando de pendências, o atestado de cumprimento das exigências deverá ser aditado à presente ata. A candidata faz jus ao título de Mestre em Nutrição Humana e deverá apresentar à Coordenação do Programa a versão final da dissertação num prazo máximo de quarenta e cinco dias, a partir desta data. Na forma regulamentar foi lavrada a presente ata, que é abaixo assinada pelos membros da banca e pela candidata. Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2013.

ERRATA: Onde se lê "Relação entre apoio social e insegurança alimentar em região da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro", leia-se "Relação entre apoio social e insegurança alimentar familiar em Região da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro"

Dedico esta dissertação a todos aqueles que funcionaram como apoio social durante a jornada do Mestrado, disponibilizando-me recursos afetivos, materiais, emocionais, de informação e de interação social positiva.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Paulo e Shirley, pelo esforço incessante em me proporcionar, desde pequena, boas condições de estudo e de aprendizado.

À minha amada irmã Júlia, por sua paciência e compreensão incondicionais, e pelas palavras de incentivo e alento em momentos difíceis.

Aos meus queridos avós Rinaldo e Lourdes, pelo incentivo, carinho e torcida constantes.

À minha participativa tia Luiza, pelos conselhos, opiniões e conversas sempre úteis e reconfortantes.

Aos meus tios Mario e Palmira, que, apesar da distância, sempre serão parte especial em toda conquista profissional e pessoal que eu obtiver.

À minha divertida tia Sheila, por transmitir sempre boas vibrações com sua torcida sincera e alegria contagiante.

À minha melhor amiga e irmã do coração, Michelle Maria Louzeiro Nazar, que acompanha sempre com muito carinho, cumplicidade e apoio todos os acontecimentos da minha vida e que, como em todos os outros momentos, teve participação fundamental nesta etapa.

Ao meu amor Leonardo Esteves, pelo companheirismo, amor, incentivo, contribuições e pelas muitas "Sessões Pipoca" para distrair e relaxar.

À minha querida orientadora Rosana Salles da Costa, pelas oportunidades proporcionadas desde a época da Iniciação Científica, confiança, incentivos constantes e paciência nos "momentos de crise".

Às amigas que fiz no Grupo SANDUC e com quem pude compartilhar bons papos, conhecimentos, risadas, almoços e vivenciar o verdadeiro significado de trabalho em equipe, em especial: Marina Maria Leite Antunes, pelos momentos "extensão da consciência"; Gabriela dos Santos Barroso, pelas dúvidas esclarecidas e sugestões nas análises e resultados; Andrea Maria Kieninger, pela parceria na coleta de dados, sob o sol forte de Duque de Caxias

e pela amizade; Juliana de Bem Lignani, Melissa Arêas de Mello, Érica Guimarães de Barros, Joana Karina Fortunato, Talita Domingos, Fabiana Montovanele de Melo.

Às amigas Júlia Elba Ferreira e Elliz Celestrini Mangabeira por me proporcionarem boas reflexões e apoio à época que antecedeu a seleção para o curso de Mestrado.

Às amigas que acompanham e participam da minha trajetória desde o curso de Graduação Lívia Belcastro de Almeida, Julia Geminiani Andrade Baptista e Juliana Alves de Oliveira Marçal.

Às amigas Jackeline Christiane Pinto Lobato e Tatiana Pereira Acosta de Arruda, pela torcida e apoio em diversos momentos.

À professora Gloria Valeria da Veiga, por ter me iniciado em atividades de pesquisa, ainda na Graduação, e por ter viabilizado meu ingresso no Grupo SANDUC.

Às professoras Maria Beatriz Trindade de Castro, Rosangela Alves Pereira e Rosane Harter Griep, pelas sugestões feitas.

À CAPES, pelo apoio financeiro no primeiro ano do curso.

À FAPERJ, pelo apoio financeiro com a Bolsa Nota 10 durante o segundo ano do curso.

RESUMO

INTERLENGHI, Gabriela dos Santos. **Relação entre apoio social e insegurança alimentar familiar em região da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Segurança Alimentar e Nutricional ocupa de forma crescente a agenda pública para o combate à fome e, desde 2006, constitui direito humano assegurado por lei. Sua definição é multidimensional e abrangente, o que possibilita diferentes análises e compreensões sobre o tema. Um aspecto ainda pouco explorado consiste nas relações que indivíduos socialmente vulneráveis estabelecem entre si ou entre sua comunidade e os recursos oriundos destas relações, representados pela disponibilidade de apoio social. O objetivo principal deste trabalho foi verificar a associação entre apoio social e a redução da insegurança alimentar em famílias residentes em região da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Trata-se de estudo de base populacional realizado por meio de inquérito domiciliar, no ano de 2010, com amostra representativa de domicílios do distrito de Campos Elíseos, pertencente ao município de Duque de Caxias. A amostra foi composta por 1.022 indivíduos (27% homens, 73% mulheres) com idade entre 19 e 60 anos. Utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar para estimar a frequência de insegurança alimentar familiar. O somatório da pontuação obtida pela resposta às perguntas da escala de insegurança alimentar foi avaliado como variável dependente, considerando transformações logarítmicas para normalizar sua distribuição. O apoio social foi avaliado por meio da versão brasileira adaptada e validada do "Medical Outcomes Study Social Support Survey". Variáveis sócio-demográficas consideradas potenciais fatores de confusão foram coletadas por meio de questionário estruturado. Foram analisadas como variáveis explicativas três dimensões de apoio social (emocional/ de informação, afetiva/ de interação social positiva, material) obtidas por análise fatorial. Utilizou-se a análise de regressão linear multivariada para testar a associação entre as dimensões de apoio social e a insegurança alimentar familiar, controlada para potenciais fatores de confusão, adotando-se a significância de $p<0,05$. As análises foram estratificadas para domicílios com moradores maiores de 18 anos de idade e com crianças e/ou adolescentes. O apoio social afetivo/de interação social positiva foi inversamente associado com a pontuação da escala de insegurança alimentar tanto em domicílios compostos por moradores maiores de 18 anos (β= -0,007; IC95%= -0,012; -0,001) como naqueles com

crianças e/ou adolescentes (β= -0,017; IC95%= -0,028; -0,006), independente do ajuste pelas variáveis de confusão. O mesmo foi observado para o apoio material nos domicílios só com adultos (β= -0,005; IC95%= -0,001; -0,001). Os resultados permitem concluir que, na dimensão do acesso aos alimentos, a disponibilidade de apoio social parece contribuir positivamente para minimizar a insegurança alimentar familiar na população estudada.

Descritores: Insegurança alimentar; apoio social; estudos populacionais.

ABSTRACT

INTERLENGHI, Gabriela dos Santos. **Relationship between social support and familiar food insecurity in Baixada Fluminense, a metropolitan área of Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2013. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The subject Food and Nutrition Security increasingly occupies the public agenda to fight hunger and it has been considered a human right since 2006. Its broad and multidimensional definition enables the use of different analysis and comprehensions under the subject. One point of view yet few observed consists of the relationships that socially vulnerable individuals develop with their social networks and the resources provided by these relationships, known as social support. The main objective of the current work was to verify the association between social support and food insecurity reduction among families living in Baixada Fluminense, a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. This study presents data from a household-based cross-sectional study with a representative sample of households from Campos Elíseos district, Duque de Caxias (a metropolitan area of Rio de Janeiro), conducted in the year of 2010. A sample of 1.022 subjects (27% male and 73% female) aged 19 to 60 years was obtained. Most of them were represented by the head of family or his/her partner. Familiar food insecurity was estimated by the Brazilian Food Insecurity Scale. Individual perception about the availability of social support was assessed by using the "Medical Outcomes Study Social Support Survey", adapted and validated for the Brazilian population. Socio-demografic factors were evaluated by structured questionnaires and considered as confounders. The score obtained on the number of affirmative responses to the food insecurity scale items was considered the outcome variable, after logarithmic transformation. Three social support dimensions (emotional/ informational, affective/social companionship, tangible) obtained by factorial analysis were considered as explanatory variables. Multiple linear regression models were used to evaluate the association between social support dimensions and familiar food insecurity, controlled for confounders ($p<0.05$). Analysis were stratified for households with over 18 years-old people only and households with children and/or teenagers (p-value<0.05). Afective/ social companionship social support was inversely associated with food insecurity scale's score for households with over 18 years-old people only ($\beta=$ -0.007; CI95%= -0.012; -0.001) and households with children and/or teenagers ($\beta=$ -0.017; CI95%= -0.028; -0.006), even after adjustment for confounders. The

same was observed for tangible social support both in households with over 18 years-old people only (β= -0.005; CI95%= -0.01; -0.001). The results suggest that the availability of social support might positively contribute to reduce familiar food insecurity in the present population.

Key words: Food insecurity; social support; population studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Itens e dimensões propostas na versão original do questionário de apoio social aplicado no *Medical Outcomes Study*, adaptado para o português. 11

Quadro 2 - Pontos de corte para classificação de insegurança alimentar familiar pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar dos domicílios com e sem menores de 18 anos de idade. 20

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1 - Frequência (%) de insegurança alimentar familiar, características sócio-demográficas das famílias e dos adultos e apoio social percebido, segundo sexo do adulto avaliado. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/Brasil, 2010. 37

Tabela 2 - Análise de regressão linear entre variáveis sócio-demográficas e insegurança alimentar familiar, segundo composição etária do domicílio. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/ Brasil, 2010. 39

Tabela 3 - Análise de regressão linear univariada e multivariada entre os escores padronizados de apoio social e apoio social total e insegurança alimentar familiar. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/Brasil, 2010. 40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSPro	Census and Survey Processing System
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
FAPERJ	Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
IA	Insegurança Alimentar
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto de Medicina Social
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1
1 INTRODUÇÃO 2
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 5
2.1 Segurança Alimentar e Nutricional e Insegurança Alimentar 5
2.2 Apoio Social: Definição e Mensuração 8
2.3 Apoio Social em Populações Vulneráveis à Insegurança Alimentar 13
3 JUSTIFICATIVA 15
4 OBJETIVO 16
4.1 Objetivo Geral 16
4.2 Objetivos Específicos 16
5 MÉTODOS 17
5. 1 Local e População do Estudo 17
5.2 Amostragem 17
5.3 Coleta de Dados 19
5.4 Variáveis de Estudo 20
5.4.1 Variável de Desfecho: Situação de Insegurança Alimentar das Famílias 20
5.4.2 Variável Explicativa: Apoio Social 21
5.4.3 Covariáveis 22
5.5 Análise de Dados 22
5.6 Aspectos Éticos 24
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 25
6.1 Manuscrito 1: APOIO SOCIAL E REDUÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR ENTRE FAMÍLIAS DE ÁREA POBRE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO 25
7 CONCLUSÃO 45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 47
APÊNDICE A 54
ANEXOS 55
ANEXO A 56
ANEXO B 57
ANEXO C 58

ANEXO D 59
ANEXO E 66
ANEXO F 78
ANEXO G 89
ANEXO H 91

APRESENTAÇÃO

A dissertação em questão propõe o estudo da relação entre o apoio social e a insegurança alimentar, tema pouco explorado mundialmente. A motivação para a realização deste trabalho surgiu pelo interesse em conhecer a dinâmica social em populações vulneráveis à insegurança alimentar e, sobretudo, verificar se a percepção de disponibilidade de pessoas com quem contar em determinados contextos ofereceria condições diferenciadas para o enfrentamento de situações relacionadas à possibilidade de falta e/ou insuficiência de alimentos, contribuindo assim, para a redução da prevalência de insegurança alimentar nessa população.

Este trabalho está inserido na pesquisa intitulada "Modificações na insegurança alimentar, no sobrepeso e no consumo alimentar no período de 2005 a 2010 em Duque de Caxias – Pesquisa SANDUC". A investigação foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo nº 476344/2008-5) e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) (processo nº E-26/110.785/2010). A coordenação geral da pesquisa foi realizada pela professora Rosana Salles-Costa (INJC/UFRJ), que teve a colaboração do amostrista Maurício Teixeira Leite de Vasconcellos (IBGE) e dos professores Claudia Leite Moraes (IMS/UERJ), Delaine Martins Costa (IBAM), Luciene Burlandy (Faculdade de Nutrição/UFF), Gloria Valeria da Veiga (INJC/UFRJ), Michael Reichenhein (IMS/UERJ) e Rosely Sichieri (IMS/UERJ).

Esta dissertação é composta pelas seguintes sessões: (1) introdução; (2) revisão de literatura; (3) justificativa; (4) objetivos; (5) métodos; (6) resultados e discussão, apresentados na forma de um manuscrito (artigo científico), ainda não submetido para publicação e com referências bibliográficas organizadas no estilo Vancouver; (7) conclusão; (8) referências bibliográficas (formato ABNT).

Cabe destacar que a autora desta dissertação participou da pesquisa supracitada, atuando nas etapas de visita aos setores censitários, treinamento de entrevistadores, coleta, digitação e análise de dados, assim como na elaboração de resumos para eventos científicos com resultados preliminares do estudo. Foi bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) durante o primeiro ano do curso de Mestrado e, no segundo ano, foi contemplada pelo Edital Bolsa Nota 10 da FAPERJ.

1 INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional constitui um direito humano, assegurado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, instituída em 2006 (BRASIL, 2006). Sua definição é multidimensional e destaca o direito de todos ao acesso permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, com base em um sistema alimentar sustentável e culturalmente aceito. Trata-se, portanto, de conceito amplo, que engloba aspectos subjetivos que ultrapassam as necessidades biológicas de sobrevivência, o que impõe desafios em sua análise e compreensão.

A partir de uma escala de medida direta de insegurança alimentar desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (BICKEL et al., 2000), Segall-Corrêa et al. (2004, 2009) validaram para a população brasileira a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Este instrumento permite dimensionar a insegurança alimentar por meio da percepção individual com relação ao acesso à alimentação em qualidade e quantidade, identificando desde o receio de que a comida possa acabar até a falta de alimentos propriamente dita. Desde sua validação, surgiram os primeiros resultados em âmbito nacional referentes às situações de insegurança alimentar vivenciadas pelas famílias brasileiras, obtidos por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2004 (IBGE, 2006) e de 2009 (IBGE, 2010), realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, realizada em 2006 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Em 2004 (IBGE, 2006), a insegurança alimentar esteve presente em 34,8% dos domicílios brasileiros, proporção semelhante observada em lares com mulheres em idade fértil avaliadas no inquérito de 2006 (37,5% das residências) (BRASIL, 2008). Recentemente, foram divulgados novos resultados sobre a situação de insegurança alimentar nos lares brasileiros, oriundos da última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2010), que demonstraram que 30,2% das famílias apresentavam algum grau de insegurança alimentar em 2009, proporção inferior à encontrada no estudo realizado cinco anos antes.

Dentre os fatores que interferem nesta condição, a pobreza e as desigualdades sociais são mencionadas como determinantes importantes da situação de insegurança alimentar (BELIK, 2003; HOFFMANN, 2008; PANIGASSI et al., 2008; SEGALL-CORRÊA et al., 2008). Estudos como o de Salles-Costa et al. (2008) e de Vianna e Segall-Corrêa (2008) reforçam a associação direta entre indicadores sociais, principalmente a renda, e a ocorrência de insegurança alimentar. Contudo, além da dependência econômica gerada pela pobreza ou

contexto de desigualdades sociais em que se vive, existem outros fatores que podem influenciar na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (ROSE, 1999; BURLANDY; SALLES-COSTA, 2007).

Diante da necessidade de compreender o fenômeno de forma mais ampla, pesquisadores têm analisado o papel das relações sociais em populações vulneráveis à insegurança alimentar (HADLEY et al., 2007; DE MARCO et al., 2009), visto que a participação destas relações interpessoais para a saúde e o bem-estar, oferecendo proteção contra as consequências de eventos estressantes ou doenças, tem sido documentada desde a década de 1970 (BERKMAN; SYME, 1979; HANSON; OSTERGREN, 1987; MOOKADAM; ARTHUR, 2004).

Estudos recentemente revelam a importância das relações sociais nas redes de pobreza para o acesso à alimentação adequada (KEMPSON et al., 2003; HADLEY et al., 2007; DE MARCO et al., 2009). Para Ahluwalia et al. (1998), Hadley et al. (2007) e De Marco et al. (2009), perante as repercussões negativas da insegurança alimentar ao bem-estar físico, mental e social, a interação entre os indivíduos consistiria em importante estratégia para o enfrentamento desta condição. Ahluwalia et al. (1998) verificaram, inclusive, que a maioria dos indivíduos sujeitos à falta de alimentos inseridos em meio social que possibilita a troca de recursos, recorre a familiares, amigos e vizinhos em busca de doações de alimentos, informação e apoio emocional.

Estes recursos postos à disposição por membros de uma mesma rede social correspondem ao apoio social que, por sua vez, consiste na funcionalidade das relações sociais (DUE et al., 1999). Assim, entendendo que as relações interpessoais são dotadas não somente de um aspecto funcional, mas também de outro estrutural (SHERBOURNE; STEWART, 1991), o apoio social seria a maneira de captar se a estrutura destas relações funcionaria ou não no sentido de prover alguma ajuda. Para Sherbourne e Stewart (1991), esta ajuda poderia ser proporcionada em cinco dimensões percebidas pelos indivíduos: material; afetiva; informativa; emocional; e de interação social positiva, representada pela disponibilidade de pessoas com quem relaxar e se divertir.

Imaginando que estas dimensões podem interferir no modo de o indivíduo lidar com as adversidades impostas pelo contexto socioeconômico em que esteja envolvido, o presente estudo parte do pressuposto que a percepção de estar inserido em redes sociais capazes de prover alguma forma de apoio possibilita a famílias socialmente vulneráveis vivenciarem a insegurança de forma menos grave, ou até mesmo se perceberem em segurança alimentar, quando comparadas às famílias que percebem menos apoio. Desta forma, o apoio social seria

uma variável que contribuiria para a redução da insegurança alimentar familiar, independente das condições sociais a que estas famílias estão expostas.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Segurança Alimentar e Nutricional e Insegurança Alimentar

O debate em torno da temática da Segurança Alimentar e Nutricional ganhou destaque no cenário mundial recente (SANTOS, S.; SANTOS, L., 2007). No Brasil, proporcionou, nas últimas décadas, a evolução de seu conceito e o desenvolvimento de ações de políticas públicas voltadas para sua promoção (BURLANDY; SALLES-COSTA, 2007). Sua definição atual emana da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em março de 2004, a qual foi incorporada à Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), instituída em 2006, como parte dos esforços para assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada. Assim:

> Segurança Alimentar e Nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006).

O conceito, de caráter multidimensional, destaca a articulação de dois componentes: a dimensão alimentar, que se refere à produção, disponibilidade e consumo de alimentos, e a dimensão nutricional, relacionada às práticas alimentares e utilização biológica dos alimentos (CONSEA, 2004; BURITY et al., 2010). Além disto, inclui o acesso regular à alimentação adequada para uma vida saudável. Quando este acesso está comprometido e/ou não é possível garantir que ocorra dentro dos moldes estabelecidos pela definição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a Insegurança Alimentar (IA) ocorre.

Indicadores voltados para mensurar o número de indivíduos em situação de carência alimentar ou fome têm sido historicamente utilizados para avaliar e monitorar a SAN em populações de diversos países, conforme pontuado por Kepple e Segall-Corrêa (2011). Dentre eles, se incluem estimativas indiretas – indicadores de disponibilidade de alimentos, renda familiar, dados antropométricos, informações sobre consumo alimentar e gastos com a alimentação – e uma única medida direta, representada por escalas psicométricas da percepção de IA no âmbito domiciliar (SEGALL-CORRÊA, 2007; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

A utilização de escalas psicométricas para acessar a IA em estudos populacionais iniciou-se nos Estados Unidos, a partir da constatação que os indicadores tradicionalmente utilizados não acompanhavam as modificações no perfil nutricional da população, nem

possibilitavam captar os aspectos psicossociais da experiência da fome (KENDALL et al., 1995). A necessidade de se obter um novo instrumento para a mensuração da mesma motivou, assim, a parceria entre pesquisadores de organizações não governamentais, instituições acadêmicas e entidades governamentais norteamericanas, que resultou na escala americana *US Household Food Security Model* (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Entre as vantagens do uso de escalas psicométricas como indicador de IA está o fato que, além de possibilitarem acessar o fenômeno diretamente a partir da percepção das pessoas afetadas, captam não somente a dificuldade de acesso aos alimentos, como também suas dimensões psicológicas e sociais (PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008). Assim, permitem classificar os indivíduos e suas famílias conforme o grau de severidade da IA, identificando desde a preocupação com relação à disponibilidade futura de alimentos até a fome propriamente dita (BICKEL, 2000; COATES et al., 2006; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

No Brasil, Segall-Corrêa et al. (2004, 2009) adaptaram e validaram a medida norteamericana, resultando na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) que, desde então tem sido utilizada como ferramenta para o diagnóstico de IA em grupos populacionais (IBGE, 2006; FÁVARO et al., 2007; SALLES-COSTA et al., 2008; MONEGO et al., 2010). Sua concepção incluiu recursos qualitativos e quantitativos (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004; SEGALL-CORRÊA et al., 2004, 2009; MELGAR-QUINONEZ et al., 2008). A etapa qualitativa abarcou a revisão e tradução do questionário original por um grupo de especialistas ligados ao tema, a discussão de estratégias de aplicação e adaptação e a realização de grupos focais em comunidades urbanas e rurais do país para testar a compreensão e adequação do instrumento em diversos contextos socioculturais. Finda a etapa, obteve-se uma proposta de escala com quinze perguntas com estrutura, conceitos e linguagem considerados de fácil entendimento para as populações estudadas. Em seguida, realizou-se a etapa quantitativa, que possibilitou avaliar a validade interna da escala por meio de estimadores estatísticos. Assim, constatou-se ao final de todo o processo, que a EBIA seria capaz de captar a IA em estudos populacionais, podendo ser considerada um indicador para o monitoramento e avaliação das ações de combate à fome no país (SEGALL-CORRÊA et al., 2004, 2009; KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Desde sua validação a EBIA foi utilizada em três grandes estudos em âmbito nacional: as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 2004 (IBGE, 2006) e 2009 (IBGE, 2010) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006 (BRASIL, 2008). O primeiro diagnóstico com relação às condições de

acesso regular à alimentação em domicílios de todo o país, proporcionado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, revelou que em 65,2% deles moravam pessoas em situação de segurança alimentar, ou seja, que não tinham sequer se sentido na iminência de sofrer qualquer restrição em um futuro próximo. Por outro lado, em 34,8% das moradias analisadas residiam aproximadamente 72 milhões de indivíduos em IA, sendo que destes, 39,5 milhões vivenciavam a limitação de acesso quantitativo aos alimentos (IBGE, 2006). Em 2006, a proporção de domicílios – habitados por mulheres em idade reprodutiva – em situação de IA foi de 37,5% (BRASIL, 2008), similar à encontrada em 2004. Os dados mais recentes, oriundos da PNAD de 2009, indicam proporção maior de domicílios em situação de segurança alimentar (69,8%) e menor de famílias em IA (30,2%). Todavia, aproximadamente 25 milhões de pessoas ainda conviviam com algum nível de restrição alimentar (IBGE, 2010).

Os três estudos revelaram, também, desigualdades sócio-demográficas importantes no que concerne ao acesso à alimentação. Famílias com maiores proporções de IA eram, em geral, aquelas com menores rendimentos, presença de crianças, baixa escolaridade, maior número de moradores no domicílio, beneficiárias de programas de transferência de renda e cuja pessoa de referência era a mulher, demonstrando que a IA tem relação direta com fatores socioeconômicos e de composição da unidade domiciliar.

De fato, essa relação entre IA e indicadores sociais tem sido demonstrada na literatura (VOZORIS; TARASUK, 2003; BARTFELD; DUNIFON, 2005; NORD, 2007; VIANA; SEGALL-CORRÊA, 2008). Em inquérito realizado na área urbana de Campinas, em São Paulo, Panigassi et al. (2008) verificaram que este fenômeno distribui-se de maneira desigual na população. No estudo, renda familiar mensal inferior a dois salários mínimos foi descrita como o determinante mais importante da IA e da fome. Além disso, as formas mais graves de IA – presença de restrição alimentar com ou sem fome – concentraram-se em famílias cuja escolaridade do responsável era inferior ao ensino fundamental, com maior número de moradores e aglomeração intradomiciliar e sem condição adequada de saneamento básico.

Ao analisar a associação entre indicadores sócio-demográficos e IA entre famílias de Duque de Caxias, município da região metropolitana do Rio de Janeiro, Salles-Costa et al. (2008), também encontraram associação inversa entre renda familiar, escolaridade do responsável pelo domicílio e IA. Ademais, observaram aumento significativo na prevalência de IA em sua forma mais grave – a fome – conforme o incremento do número de moradores.

Em outro estudo, com mulheres pobres que viviam sozinhas com seus filhos em abrigos e/ou moradias sociais dos Estados Unidos, Wehler et al. (2004) verificaram que a

fome fazia parte da realidade da maioria das famílias, em particular quando compostas por maior número de crianças – o que repercutia na necessidade de mais alimentos –, em condições de moradia precárias, ou quando as mulheres não recebiam pensão alimentícia ou ajuda financeira de familiares próximos. Contudo, o trabalho revelou também que o melhor estado de saúde das mulheres que chefiavam os lares funcionava como fator de proteção para a fome e que a capacidade das mesmas em administrar a escassez de recursos e ter resiliência perante as dificuldades inerentes à pobreza foram protetores para a fome entre adultos.

Os achados de Wehler et al. (2004) corroboram para o que pontuaram Lemke et al. (2003) sobre a IA. Segundo estes autores, a capacidade de um domicílio alcançar a segurança alimentar dependeria, em grande parte, de como a família administra e distribui os recursos disponíveis. Neste sentido, mesmo que circunstâncias econômicas desfavoráveis estejam fortemente associadas à IA, existem outros fatores que contribuem para, ou até mesmo determinam, o sucesso do domicílio em conseguir ter supridas suas necessidades em relação à alimentação.

Recentemente, De Marco e Thornburn (2008) identificaram em residentes da área urbana de Oregon (Estados Unidos), maior proporção de IA em indivíduos com menor escolaridade e renda familiar. Aqueles incluídos em programas assistenciais, sem casa própria, que comprometiam mais que 30% da renda para pagar o aluguel ou que estavam desempregados também apresentaram maior susceptibilidade à IA.

Um aspecto ainda pouco explorado, mas que alguns pesquisadores começam a sugerir como tendo alguma relação com essa condição, consiste nas relações que os indivíduos estabelecem entre si ou entre sua comunidade e os recursos oriundos destas relações (MARTIN et al., 2004; WALKER et al., 2007; DE MARCO et al., 2009; KIRKPATRICK; TARASUK, 2010). Neste sentido, a sessão seguinte apresentará revisão sobre a temática do apoio social, resumindo os principais conceitos, para, em seguida, contextualizar sua participação em populações vulneráveis à IA.

2.2 Apoio Social: Definição e Mensuração

Apoio social consiste em um constructo multidimensional e para o qual foram traçadas na literatura várias acepções. Uma das mais conhecidas é a que o define como a informação que faz com que o indivíduo se sinta cuidado, amado e querido e parte integrante de uma rede de mútuos compromissos (COBB, 1976). Para outros autores, apoio social corresponderia ao

grau com que as relações interpessoais atenderiam a determinadas funções (HOUSE, 1987; SHERBOURNE; STEWART, 1991; DUE et al., 1999), sendo esta a principal concepção utilizada neste trabalho.

Para melhor compreender este conceito, faz-se necessário pontuar que o apoio social corresponde a um aspecto das relações sociais, sua funcionalidade, mas que estas relações também são dotadas por uma estrutura. Esta estrutura, denominada redes sociais, consiste na teia de relações sociais que circunda o indivíduo (CHOR et al., 2001; HEANEY; ISRAEL, 2008) e é representada pelo grupo de pessoas com as quais se mantêm algum tipo de vínculo social (BOWLING; BROWNE, 1991; SHERBOURNE; STEWART, 1991; DUE et al., 1999), como familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho. As redes sociais são, portanto, oportunidades para experimentar apoio social, mas que não possuem sentido próprio de funcionalidade, o qual pertence ao apoio social.

As funções deste constructo correspondem às suas dimensões que, de acordo com pesquisadores, seriam representadas pelo apoio emocional, instrumental ou material, informacional e afetivo. O apoio emocional envolveria a provisão de cuidado, amor, confiança e empatia. A dimensão instrumental consistiria em qualquer ajuda tangível, material, ou seja, uma assistência concreta. Já a dimensão informacional seria representada por conselhos, informações e sugestões que poderiam ser úteis para a resolução de problemas (HOUSE, 1981 apud BERKMAN; GLASS, 2000; HOUSE; KAHN, 1985 apud DUE et al., 1999; SHERBOURNE; STEWART, 1991). O afetivo, por sua vez, estaria relacionado às demonstrações físicas de amor e afeto (GRIEP et al., 2003). Além destas quatro dimensões, Sherbourne e Stewart (1991) consideram o "companheirismo social" ou, conforme traduzido por Chor et al. (2001), a interação social positiva, como uma quinta função do apoio social, que envolveria a disponibilidade de pessoas com quem realizar atividades prazerosas e de lazer.

Cabe destacar que a mensuração de apoio social deve considerar suas múltiplas dimensões. Neste sentido, um aspecto comum entre a diversidade de instrumentos existentes para tal finalidade consiste em considerar a multidimensionalidade deste constructo (BERKMAN; GLASS, 2000). Em geral, o que difere entre esses instrumentos é o tipo de apoio que objetivam captar. Enquanto uns destinam-se a mensurar o apoio social recebido, outros procuram acessar o apoio social percebido.

O apoio social recebido corresponde ao apoio social que um indivíduo recebe de fato ao longo de determinado período (BERKMAN; GLASS, 2000; HABER et al., 2007). O apoio social percebido, por sua vez, é representado pela percepção individual com relação à

disponibilidade de apoio social em determinadas situações (BERKMAN; GLASS, 2000), ou seja, diz respeito ao apoio que o indivíduo percebe que tem. Entendendo que o efeito do apoio social envolve as expectativas individuais a respeito da possibilidade de obtê-lo quando precisar (GOTTLIEB; BERGEN, 2009), a avaliação do apoio social percebido traduziria melhor a disponibilidade real de apoio social, na medida em que se relaciona com o grau de satisfação dos indivíduos com relação às suas redes e apoio disponível. Além disso, como pontuaram Cohen e Wills (1985), a avaliação do apoio social recebido não possibilita distinguir aqueles indivíduos que, embora tenham necessitado, não receberam apoio, daqueles que não o obtiveram simplesmente porque não precisaram.

Para Sherbourne e Stewart (1991), a percepção individual em relação à obtenção de apoio social também constituiria o aspecto principal em sua relação com a saúde e bem-estar. Assim, como forma de mensurar a variável em pacientes com doenças crônicas, usuários de serviços de saúde de três cidades norteamericanas (Boston, Chicago e Los Angeles), incluídos no *Medical Outcomes Study* (TARLOV et al., 1989), as pesquisadoras elaboraram um instrumento composto por 19 questões para a avaliação, por escalas, da percepção individual com relação à disponibilidade de apoio social, considerando as cinco dimensões deste constructo descritas anteriormente.

O instrumento, denominado *Medical Outcomes Study Social Support Survey*, foi adaptado e validado para aplicação em diversas populações (MAHMUD et al., 2004; ANDERSON et al., 2005; SHYU et al., 2006; FACHADO et al., 2007; GJESFJELD et al., 2007; REQUENA et al., 2007). No Brasil, os procedimentos de adaptação transcultural e validação da escala de aferição de apoio social desenvolvida por Sherbourne e Stewart (1991) foram conduzidos pela equipe do Estudo Pró-Saúde, estudo longitudinal, realizado com funcionários técnico-administrativos de uma universidade do Rio de Janeiro, para a investigação dos determinantes sociais nos padrões de comportamentos de saúde e morbidade (GRIEP, 2003). As características gerais da pesquisa e os detalhes metodológicos da adaptação e validação do instrumento no Brasil encontram-se publicados, respectivamente, nos trabalhos de Faerstein et al. (2005) e Chor et al. (2001) e Griep et al. (2003, 2005).

O Quadro 1 apresenta as dimensões e os respectivos itens que compõem o questionário de apoio social conforme proposto originalmente. No entanto, o estudo de validade de constructo da escala brasileira sugeriu, a partir das cinco dimensões originais, a junção da dimensão emocional com a de informação e do apoio afetivo com o apoio de interação social positiva, indicando que somente três fatores conseguiram ser discriminados na população analisada (GRIEP et al., 2005). Para a população de doentes crônicos incluídos

no *Medical Outcomes Study*, a junção das dimensões emocional e de informação já havia sido sugerida. O número de dimensões capazes de serem discriminadas pelo instrumento não é, portanto, consensual, de modo que estudos que o utilizem para mensurar a disponibilidade de apoio social em outros grupos populacionais devem considerar a realização de procedimentos estatísticos apropriados para a verificação do comportamento das dimensões de apoio social em suas populações de estudo.

Quadro 1 – Itens e dimensões propostas na versão original do questionário de apoio social aplicado no *Medical Outcomes Study*, adaptado para o português.

Tipo de apoio	**Item**
	Se você precisar, com que frequência conta com alguém...
Material	...que o ajude, se ficar de cama?
	... para levá-lo ao médico?
	... para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?
	... para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?
Afetivo	... que demonstre amor e afeto por você?
	... que lhe dê um abraço?
	... que você ame e que faça você se sentir querido?
Emocional	... para ouvi-lo, quando você precisar falar?
	... em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?
	... para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
	... que compreenda seus problemas?
Informação	... para lhe dar bons conselhos em situação de crise?
	... para lhe dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?
	... de quem você realmente quer conselhos?
	... para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?
Interação social positiva	... com quem fazer coisas agradáveis?
	... com quem distrair a cabeça?
	... com quem relaxar?
	... para se divertir junto?

Adaptado de: Mattos (2009).

A partir da versão brasileira do instrumento, Andrade et al. (2005) verificaram a associação entre apoio social e frequência relatada de autoexame das mamas. Os autores encontraram frequência mais elevada da prática do autoexame entre aquelas mulheres com escores mais altos para todas as dimensões de apoio social corroborando, para a população brasileira, resultados que apontam a contribuição positiva do apoio social para a prática regular de autocuidados de saúde, observada em outras populações (CARLSON et al., 2002; IMAYAMA et al., 2011). Em 2009, essa contribuição também foi demonstrada pelo estudo de Silva et al., realizado com trabalhadoras de enfermagem de três hospitais públicos do Rio de Janeiro. De fato, a associação entre relações sociais e desfechos relacionados à saúde tem sido demonstrada na literatura há algum tempo, especialmente no que concerne ao risco aumentado de mortalidade entre indivíduos com isolamento social e doenças cardiovasculares (BERKMAN; SYME, 1979; MOOKADAM; ARTHUR, 2004), depressão (STICE et al., 2004; KOLLANNOOR-SAMUEL et al., 2011) e melhor prognóstico ou controle de outras doenças crônicas (TANG et al., 2008; MOTL et al., 2009).

Os mecanismos pelos quais o apoio social poderia interferir positivamente na saúde e no bem-estar ainda não estão completamente esclarecidos. Entretanto, existem duas hipóteses principais para tal relação. A primeira, é que o apoio social funcionaria como recurso para atenuar o impacto de determinadas situações negativas ou exposições deletérias à saúde (COBB, 1976; COHEN; WILLS, 1985). Nesta hipótese, o apoio social atuaria, principalmente, na redução do estresse provocado por esses eventos (LAKEY; COHEN, 2000; HEANEY; ISRAEL, 2008). Na segunda hipótese, o apoio social contribuiria diretamente para minimizar a exposição à determinada situação prejudicial à saúde, independente da exposição a algum fator de risco ou eventos estressores, visto que as redes sociais do indivíduo disponibilizariam, por exemplo, recursos que aumentariam a sensação de controle sobre a própria vida e o sentimento de valor próprio (COHEN; WILLS, 1985; HEANEY; ISRAEL, 2008).

Lakey e Cohen (2000) e Heaney e Israel (2008) ponderam que ações de suporte proporcionadas pelas redes sociais funcionariam como recursos de enfrentamento de situações estressantes. Por exemplo, saber que se dispõe de alguém que empreste dinheiro quando se está desempregado (LAKEY; COHEN, 2000), ou que dê alguma informação que auxilie na resolução de problemas, reduziria incertezas e contribuiria para a obtenção de um desfecho desejável perante a situação (HEANEY; ISRAEL, 2008).

Este raciocínio, atrelado aos possíveis mecanismos por meio dos quais o apoio social poderia interferir nos desfechos relacionados à saúde, estimula a reflexão a respeito da participação das relações sociais em populações vulneráveis à IA, que será detalhada a seguir.

2.3 Apoio Social em Populações Vulneráveis à Insegurança Alimentar

A literatura tem sugerido que as relações interpessoais e os recursos que possam advir destas relações integram as estratégias utilizadas por indivíduos socialmente vulneráveis para o enfrentamento da IA (AHLUWALIA et al., 1998; HOISINGTON et al., 2002; KEMPSON et al., 2003; GROSS; ROSENBERGER, 2005; HADLEY et al., 2007; DE MARCO et al., 2009). Ahluwalia et al. (1998), em estudo qualitativo com famílias de baixa renda (16 grupos focais) residentes na Carolina do Norte, nos Estados Unidos, identificaram que os indivíduos analisados recorriam às suas redes sociais como estratégia para administrar a insuficiência alimentar. O tipo de assistência oferecida por estas redes – compostas preferencialmente por familiares, amigos e vizinhos, respectivamente – incluía ajuda com a alimentação, informação e apoio emocional.

Por meio de estudo qualitativo conduzido entre adultos norteamericanos, Kempson et al. (2003) identificaram estratégias relacionadas ao apoio social para a aquisição de alimentos. Nesta pesquisa, os autores revelaram o papel das redes sociais para obter ajuda geral, compartilhar informações, pedir e/ou pegar emprestado comida e/ou dinheiro ou, ainda, vales de alimentação; os participantes do referido estudo também relataram que cozinhar com outras pessoas os auxiliava quando não tinham alimentos suficientes para o preparo de uma refeição completa.

Admitindo a relação inversa entre renda e IA e o apoio social como estratégia de enfrentamento desta condição, De Marco e Thornburn (2009) conduziram estudo quantitativo com adultos residentes em Oregon (Estados Unidos) para investigar a participação do apoio social nessa relação. As pesquisadoras não encontraram, no entanto, evidências de associação entre apoio social e IA, nem de que o apoio social funcionaria como modificador da associação entre as outras duas variáveis. A partir da amostra obtida nesta pesquisa, De Marco et al. (2009) realizaram entrevistas com 25 indivíduos de baixa renda (renda anual ≤ 185% da linha de pobreza norteamericana) e/ou com IA para explorar a experiência destas pessoas sobre a IA e a função do apoio social neste contexto. No relato dos participantes, o apoio

social da família e de amigos apareceu entre as estratégias para lidar com a situação de IA, que viabilizavam a troca ou o compartilhamento de alimentos.

Estudos com populações mais específicas, como o de Hadley et al. (2007) em Rukwa, uma das regiões mais pobres da Tanzânia, também revelam importantes questões referentes à dinâmica social de populações com alta prevalência de IA. A região é marcada por períodos chuvosos que inviabilizam a plantação de subsistência, principal forma de se conseguir alimento e, como consequência, os moradores de Rukwa convivem com o que os autores denominaram "IA sazonal". Neste estudo, os pesquisadores, que analisaram aproximadamente duzentas mulheres com crianças menores de três anos de idade de dois grupos étnicos da região, encontraram associação independente entre apoio material – única dimensão de apoio social analisada – e IA ($r=-0,48$; p-valor $< 0,0001$). Apesar desta associação independente, o estudo demonstrou que na etnia com maior limitação de recursos e pobreza, a eficácia das redes em prover apoio social e, consequentemente, modificar aquela condição desfavorável era limitada, visto que os membros destas redes também vivenciavam a escassez severa de alimentos. Estes resultados reforçam a necessidade de considerar as múltiplas dimensões do apoio social e incluir aspectos sócio-demográficos ao estudar a associação entre o apoio social e a IA.

Com enfoque diferente dos estudos anteriores, mas ainda no contexto de populações vulneráveis à IA, Kollannoor-Samuel et al. (2011) pesquisaram os fatores de risco e de proteção sócio-demográficos, psicossociais, culturais e clínicos para a depressão em adultos de baixa renda, de origem latina, portadores de diabetes tipo II, residentes em Hartford County, em Connecticut (Estados Unidos). Dentre os principais achados do estudo, os autores verificaram que para cada grau de insegurança alimentar, mensurada pela versão simplificada da escala americana *US Household Food Security Model* (BLUMBERG et al., 1999), o risco de depressão foi menor para os indivíduos com maior nível de apoio social. Assim, para esses indivíduos, o apoio social atenuaria os efeitos negativos da limitação do acesso aos alimentos para o risco de depressão.

3 JUSTIFICATIVA

No contexto da SAN, os possíveis mecanismos envolvidos na relação entre apoio social e saúde podem ser extrapolados para compreender de forma ampliada quais outros fatores, para além da pobreza e das desigualdades sociais (que não são capazes, isoladamente, de explicar o fenômeno) poderiam contribuir para a percepção familiar quanto ao acesso à uma alimentação em quantidade e qualidade satisfatórias. Neste sentido, o ambiente social poderia oferecer recursos materiais, informação, ou ainda proporcionar o atendimento de necessidades individuais de carinho, afeto e de interação com o outro que, de forma direta, fariam com que os indivíduos se percebessem, ou até mesmo alcançassem a SAN. Estes recursos poderiam ser representados, por exemplo, por: doações, trocas ou empréstimos de alimentos ou dinheiro por familiares, amigos, vizinhos ou outros membros de suas redes sociais; informações sobre promoções, aproveitamento de alimentos, ajuda para preparar alguma refeição.

Além disso, é possível pensar que a perspectiva de ter com quem contar em momentos de necessidade atenuaria o estresse provocado pela incerteza quanto à manutenção de uma alimentação adequada ou sustento da família, proporcionando maior sensação de controle da situação e confiança de que nenhum membro conviveria com a fome em um futuro próximo. As redes sociais poderiam, também, disponibilizar recursos que auxiliariam os indivíduos a buscar meios para lidar com a perspectiva de falta de alimentos, como, por exemplo, informação sobre uma possibilidade de emprego ou sobre como ser inserido em um programa de transferência de renda, ou ainda, um vizinho que se ofereça para cuidar das crianças para que seus pais possam trabalhar.

A associação entre apoio social e IA foi pouco estudada nos trabalhos sobre insegurança alimentar familiar e, até o momento, não foi encontrado, em nenhum periódico ou base científica, algum estudo realizado no Brasil que tenha investigado essa relação. Espera-se, com os resultados deste trabalho, obter maior compreensão sobre possíveis mecanismos envolvidos na garantia da SAN. Os resultados encontrados poderão, também, subsidiar a organização das políticas sociais já existentes para o combate à fome, visto que podem vir a evidenciar a necessidade de inclusão de estratégias voltadas para o fortalecimento das redes de apoio social, a fim de lidar com este problema de forma ampliada, atingindo suas múltiplas dimensões.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a associação entre apoio social e a redução da insegurança alimentar entre famílias residentes em região da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro.

4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de estudo com relação à situação de insegurança alimentar e condições sócio-demográficas;
- Identificar a percepção dos indivíduos com relação à disponibilidade de apoio social;
- Identificar o número de dimensões de apoio social discriminadas na população de estudo;
- Estimar a magnitude da associação entre apoio social e insegurança alimentar, considerando potenciais variáveis de confusão.

5 MÉTODOS

5.1 Local e População do Estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de domicílios do distrito de Campos Elíseos, pertencente ao município de Duque de Caxias.

O município de Duque de Caxias localiza-se na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a 27 km de distância da capital do Estado, sendo composto pelos distritos de Duque de Caxias, Campos Elíseos, Imbariê e Xerém. Possui extensão territorial de 467,619km² e população residente, predominantemente urbana, estimada em 855.048 habitantes, que corresponde a 5,34% da população do Estado (IBGE, 2011).

Até meados da década de 2000, o município de Duque de Caxias apresentava 14,5% de sua população vivendo abaixo da linha de pobreza, proporção quase duas vezes maior que a média encontrada para o Estado do Rio de Janeiro (8,69%) (ROCHA; ALBUQUERQUE, 2007). Contraditoriamente, Duque de Caxias concentra indústrias de grande porte e tem a segunda maior participação no Produto Interno Bruto do Estado (IBGE, 2012). Inclusive, em Campos Elíseos, local escolhido para a realização da pesquisa, situa-se o principal pólo de produção de petróleo do Estado do Rio de Janeiro. Todavia, o distrito de Campos Elíseos destaca-se, também, por ser um dos distritos de menor renda *per capita* do município de Duque de Caxias. Em estudo de base populacional realizado na região em 2005, apenas 26,8% das famílias referiram renda *per capita* acima de um salário mínimo, pouco mais de 83% das famílias foram classificadas nas classes C e D segundo a classificação de nível socioeconômico da ABIPEME e 52,3% dos chefes de família não haviam concluído o ensino fundamental (SALLES-COSTA et al., 2008).

5.2. Amostragem

Antes de descrever o procedimento de amostragem, é necessário pontuar que o mesmo foi adotado em função da pesquisa maior intitulada “Modificações na insegurança alimentar, no sobrepeso e no consumo alimentar no período de 2005 a 2010 em Duque de Caxias – Pesquisa SANDUC”, na qual se insere o presente trabalho. A Pesquisa SANDUC consiste na segunda avaliação de um estudo de painel, realizada em 2010, e considera variáveis referentes aos domicílios e aos moradores das seguintes faixas etárias: adultos entre 19 e 60 anos;

adolescentes entre 12 e 18 anos; crianças entre seis e 30 meses de idade. A primeira avaliação deste estudo foi realizada no ano de 2005.

Assim como no inquérito de 2005, a Pesquisa SANDUC teve um desenho de amostragem em conglomerados em três estágios de seleção (setores censitários, domicílios particulares permanentes e indivíduos), com amostra estimada em 1.125 domicílios do segundo distrito de Duque de Caxias. Para determinar este tamanho amostral, partiu-se da prevalência de 14,5% de pobreza extrema para o município, de forma que uma amostra composta por no mínimo 1.000 domicílios asseguraria a obtenção de estimativas para proporções sob níveis de precisão máximos de 5%.

Visto que a Pesquisa SANDUC tem por objetivo comparar seus resultados com a primeira avaliação do estudo de painel, optou-se por manter os mesmos 75 setores censitários selecionados à época do estudo de 2005, constituindo este o primeiro estágio de seleção. Em 2005, a seleção dos 75 setores ocorreu de forma sistemática com probabilidades proporcionais ao tamanho da Base Operacional Geográfica de 2000 do IBGE, a partir dos 322 setores existentes em Campos Elíseos. Nos meses de janeiro e fevereiro de 2010, foi realizado o mapeamento dos setores selecionados e, a partir das informações obtidas nesta etapa, os domicílios foram estratificados em: (i) domicílios com crianças de seis a trinta meses; (ii) domicílios com adolescentes e/ou adultos.

O segundo estágio de seleção correspondeu à seleção de 15 domicílios por setor. Para tal, adotou-se um duplo procedimento de amostragem inversa (HALDANE, 1945) para entrevistar até oito domicílios com criança de seis a trinta meses e o complemento para 15 do estrato sem crianças na faixa etária em questão (podendo ter ou não adolescentes), respeitando a ordenação aleatória das visitas. Este processo foi determinado por um estatístico e apoiado por planilhas (ANEXOS A e B), nas quais era digitado o total de domicílios e o de domicílios com crianças de determinado setor. Posteriormente, a aplicação de fórmulas programadas na planilha estabelecia uma sequência aleatória dos números de ordem ou identificação dos domicílios (com crianças e sem crianças).

Inicialmente, os domicílios com crianças eram sequencialmente visitados, respeitando a ordenação aleatória das visitas, até que fossem obtidas as oito entrevistas ou esgotados os números de domicílios com crianças. A cada visita era registrado o resultado da entrevista (1- recusa; 2- demolido; 3- fechado; 4- vago ou de uso ocasional; 5- inelegível para o estrato; 6- entrevista realizada). Em seguida, o total de entrevistas realizadas em domicílios com crianças era digitado para determinar o número de entrevistas a serem realizadas em domicílios sem

crianças, até completar o total de 15 domicílios por setor, iniciando-se o mesmo processo de visitas observando a ordenação estabelecida na tabela de domicílios sem crianças.

Este procedimento é conhecido como amostragem inversa porque, ao invés de determinar o número de domicílios da amostra para tentar a realização da entrevista em todos, ele fixa o número de entrevistas realizadas. Optou-se pelo desenho de amostragem inversa para simplificar os procedimentos de seleção de domicílios sem deixar de assegurar um número suficiente de domicílios com crianças na faixa etária de estudo, que permitisse a realização das análises planejadas.

O terceiro estágio de seleção contemplou os indivíduos de cada domicílio a serem pesquisados. Foi considerado elegível para este trabalho o adulto, entre 19 e 60 anos, responsável pela alimentação do domicílio e que respondeu as questões da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (homens: 27%, n=278; mulheres: 73%, n=753). Do total de 1.031 indivíduos que preencheram este critério de inclusão, nove foram excluídos por inconsistências no preenchimento das questões referentes ao apoio social, que inviabilizariam a obtenção adequada dos escores de apoio social e estabelecimento das associações de interesse. Desta forma, a amostra final foi composta por 1.022 adultos (homens: 27%, n=276; mulheres: 73%, n=746), residentes em 1.022 domicílios de Campos Elíseos (91,2% do total de 1.121 domicílios amostrados pela Pesquisa SANDUC de 2010).

5.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2010, por equipe de doze entrevistadores, sendo quatro nutricionistas, devidamente treinados para a função. No total, foram ministradas 40 horas de treinamento para as etapas de aplicação do questionário, avaliação do consumo alimentar, aferição de medidas antropométricas e de pressão arterial (informações utilizadas pela pesquisa maior – a Pesquisa SANDUC). Os entrevistadores trabalharam em duplas, realizando visitas domiciliares para a coleta das informações e medidas, seguindo os endereços determinados na Folha de Identificação do Domicílio e de Seleção de Entrevistados (ANEXO C), fornecida pela coordenadora da pesquisa.

5.4 Variáveis de Estudo

5.4.1 Variável de Desfecho: Situação de Insegurança Alimentar das Famílias

A insegurança alimentar familiar foi estimada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, validada por Segall-Corrêa et al. (2004, 2009), Pérez-Escamilla et al. (2004) e Melgar-Quinonez et al. (2008). O instrumento é composto por quinze itens centrais fechados sobre a experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar, respondido pelo responsável pela alimentação do domicílio (ANEXO D).

Sua pontuação considera o número de respostas afirmativas, que varia de 0 a 9 para domicílios somente com adultos em sua composição e de 0 a 15 para domicílios com moradores menores de 18 anos. Neste estudo, a insegurança alimentar foi avaliada da seguinte forma: (i) categorizada em segurança alimentar, insegurança alimentar leve – receio de sofrer insegurança alimentar no futuro próximo, insegurança alimentar moderada – restrição na quantidade de alimentos da família, e insegurança alimentar grave – fome entre adultos e/ou crianças da família (SEGALL-CORRÊA et al., 2004, 2009) para caracterizar a população de estudo (QUADRO 2); (ii) como variável contínua – somatório da pontuação das perguntas da escala para estimar as associações com as demais variáveis de estudo.

Quadro 2 – Pontos de corte para classificação de insegurança alimentar familiar pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar dos domicílios com e sem menores de 18 anos de idade.

	Pontos de Corte	
	Domicílios com menores de 18 anos	**Domicílios sem menores de 18 anos**
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Leve	1-5	1-3
Insegurança Alimentar Moderada	6-10	4-6
Insegurança Alimentar Grave	11-15	7-9

Fonte: IBGE (2006).

5.4.2 Variável Explicativa: Apoio Social

Foi utilizada a escala adaptada (CHOR et al., 2001) e validada (GRIEP et al., 2005) para a população brasileira do *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (SHERBOURNE; STEWART, 1991) (ANEXOS E e F). O instrumento é composto por 19 itens originalmente desenvolvidos para captar a percepção individual com relação à obtenção de apoio social total (somatório da pontuação obtida em cada item) e em cinco dimensões, com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade deste apoio (CHOR et al., 2001). São elas:

- Material – provisão de recursos práticos e ajuda material: quatro questões;
- Emocional – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais: quatro questões;
- De informação – contar com pessoas que informem, orientem e aconselhem: quatro questões;
- Afetiva – demonstrações físicas de amor e de afeto: três questões;
- De interação social positiva – contar com pessoas com quem relaxar e se divertir: quatro questões.

Todas as perguntas possuem as mesmas opções de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”, com pontuação variando de um a cinco, respectivamente. Para a obtenção dos valores de apoio social total, foi considerado o somatório da pontuação obtida em cada pergunta. Foi adotado o procedimento de padronização dos escores para cada dimensão de apoio social, conforme descrito por Chor et al (2001), para obter seus respectivos valores, visto que o instrumento não dispõe do mesmo número de perguntas por dimensão, como segue:

1º) Realizou-se o somatório de pontos obtidos para cada dimensão;

2º) Em seguida, o resultado desta soma foi dividido pelo número máximo de pontos possíveis na mesma dimensão;

3º) Multiplicou-se o resultado desta razão por 100.

4º) Aqueles indivíduos que deixaram de responder alguma pergunta de determinada dimensão foram excluídos do cálculo do escore para a respectiva dimensão e, consequentemente, da escala global (apoio total).

Neste estudo, optou-se por avaliar os escores padronizados de apoio social e o escore de apoio social total de forma contínua.

5.4.3 **Covariáveis**

Neste trabalho, foram consideradas as seguintes variáveis sócio-demográficas, coletadas por meio de questionários estruturados (ANEXOS D, E e F):

- Variáveis referentes aos domicílios ou famílias:
  - Renda familiar mensal *per* capita (total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores que dependiam desta renda, expressa em múltiplos de salário mínimo em 2010);
  - Composição domiciliar (número de moradores no domicílio)
  - Abastecimento de água (abastecimento realizado pela rede pública como categoria de referência);
  - Presença de filtro de água no domicílio;

- Variáveis relacionadas aos indivíduos avaliados:
  - Idade;
  - Sexo (masculino ou feminino);
  - Escolaridade (anos de estudo);
  - Situação conjugal ("ser casado" como categoria de referência);
  - Ocupação ("ter alguma atividade remunerada" como categoria de referência).

5.5 Análise de Dados

O banco de dados foi elaborado e digitado no programa CSPro versão 3.2 (CENSUS BUREAU, 2005). Todas as análises foram conduzidas no programa estatístico Stata versão 11.0 (STATA CORPORATION, 2009), considerando o desenho amostral.

Inicialmente, realizou-se etapa de análise exploratória dos dados, com o intuito de verificar inconsistências nos dados. Nesta etapa, buscou-se também, verificar a distribuição das variáveis, encontrar e identificar a necessidade de realizar transformações para normalizar

a distribuição das mesmas e identificar potenciais fatores de confusão para a associação entre apoio social e IA.

Com o intuito de caracterizar a população de estudo, foram verificadas as frequências das categorias de IA e as distribuições percentuais das variáveis sócio-demográficas relacionadas às famílias e aos indivíduos entrevistados. Também foram estimadas as médias (e respectivos erros-padrões) dos escores padronizados das dimensões de apoio social e o escore total de apoio social. Essas análises consideraram o sexo do adulto entrevistado.

Foi adotado o procedimento de análise fatorial para verificar a capacidade de discriminação das cinco dimensões de apoio social propostas pela escala original para medir apoio social e encontrar a melhor forma de tratar os dados sobre as variáveis em questão. Foi empregada a análise de componentes principais para a extração dos fatores de apoio social. Para verificar a aplicabilidade e adequação do método, foi estimado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujo valor 0,95 indicou seu uso. A rotação ortogonal *varimax* foi realizada para simplificar a interpretação dos resultados e minimizar o número de itens com grande peso em um único fator, conforme pontuado por Griep et al. (2005). A consistência interna de cada um dos fatores extraídos foi verificada por meio do A*lpha de Cronbach*.

De acordo com os procedimentos de análise fatorial, três fatores foram obtidos para análise do apoio social, sendo a proporção de variância explicada por cada um deles de 41,3%, 35,9% e 24,3%, respectivamente. O primeiro fator abrangeu todos os itens de apoio emocional e de informação das dimensões originais do questionário. O segundo fator incluiu todos os itens de apoio afetivo e de interação social positiva. O terceiro fator abarcou todos os itens referentes à dimensão material do instrumento original. Os coeficientes *Alpha de Cronbach* foram iguais ou maiores a 0,79 em todos os fatores e 0,89 para o apoio social total, indicando a adequação do processo de avaliação dos escores de apoio social nesta população de estudo (APÊNDICE A). Desta maneira, optou-se por considerar a junção da dimensão emocional com a de informação e da dimensão afetiva com a de interação social positiva, conforme proposto para a população na qual a versão brasileira do instrumento foi validada (GRIEP et al., 2005).

Para avaliar a associação das variáveis explicativas com a IA, considerou-se como variável dependente a pontuação obtida considerando as respostas afirmativas de cada pergunta da EBIA (dados contínuos), analisando os resultados em dois grupos: domicílios somente com moradores maiores de 18 anos de idade e domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes. Optou-se por realizar a análise desta maneira em função das diferenças na pontuação da EBIA nessas categorias domiciliares, conforme exposto no item 5.4.1 da

presente dissertação. Transformações logarítmicas foram necessárias para normalizar as distribuições da medida de IA. Foram considerados como variáveis explicativas os escores padronizados de apoio social, considerando o número de dimensões obtidas por meio da análise fatorial.

Na primeira etapa, a análise de regressão linear univariada foi realizada, utilizando-se a significância de $p<0,20$ para a entrada de possíveis variáveis de ajuste no modelo multivariado. Em seguida, o modelo de regressão linear multivariado foi executado, adotando-se a significância de $p<0,05$. Em domicílios compostos por moradores com idade superior a 18 anos, o modelo foi controlado por sexo, renda familiar mensal *per capita*, número de moradores no domicílio, anos de estudo, abastecimento de água e presença de filtro para tratamento de água. Para domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes, o modelo final foi ajustado por sexo renda familiar mensal *per capita*, anos de estudo e presença de filtro para tratamento de água.

5.6 Aspectos Éticos

No momento da entrevista domiciliar, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO G) para ser assinado pelos participantes, após esclarecimentos a respeito dos procedimentos a serem realizados, garantia de anonimato e possibilidade de recusa à participação no estudo. O projeto que originou o banco de dados a ser utilizado no presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2009 (ANEXO H).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Manuscrito 1

APOIO SOCIAL E REDUÇÃO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR ENTRE FAMÍLIAS DE ÁREA POBRE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre a disponibilidade de apoio social e a redução da insegurança alimentar familiar em área da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Métodos: Estudo transversal de base populacional com amostra representativa de domicílios do distrito de Campos Elíseos (Duque de Caxias/ RJ), realizado em 2010. A amostra foi composta por 1.022 indivíduos (27% homens, 73% mulheres) entre 19 e 60 anos. A frequência de insegurança alimentar familiar foi estimada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O apoio social foi avaliado por meio da versão brasileira adaptada e validada do "Medical Outcomes Study Social Support Survey". Renda familiar mensal *per capita,* número de moradores, abastecimento de água e presença de filtro de água no domicílio, escolaridade, situação conjugal e ocupação do adulto avaliado foram considerados como potenciais fatores de confusão. Foram analisadas como variáveis explicativas três dimensões de apoio social (emocional/ de informação, afetiva/ de interação social positiva, material) obtidas por análise fatorial. O somatório da pontuação obtida pela resposta às perguntas da EBIA foi avaliado como variável dependente, considerando transformações logarítmicas para normalizar sua distribuição. Utilizou-se a análise de regressão linear multivariada para testar a associação entre as dimensões de apoio social e a insegurança alimentar, controlada para potenciais fatores de confusão, adotando-se a significância de $p<0,05$. As análises foram estratificadas para domicílios com moradores maiores de 18 anos de idade e com crianças e/ou adolescentes.

Resultados: A disponibilidade de apoio social afetivo/ de interação social positiva foi inversamente associada com a pontuação obtida pela EBIA tanto em domicílios compostos apenas por moradores maiores de 18 anos (β= -0,007; IC95%= -0,012; -0,001) como naqueles que incluíam crianças e/ou adolescentes (β= -0,017; IC95%= -0,028; -0,006), independente do ajuste pelas variáveis de confusão. O mesmo foi observado para o apoio material: β= -0,005 (IC95%= -0,001; -0,001) em domicílios só com adultos.

Conclusão: O apoio social parece contribuir para minimizar a insegurança alimentar familiar, sugerindo que estratégias para o fortalecimento das relações sociais em populações como esta deveriam ser incentivadas de modo a possibilitar maior percepção e obtenção de apoio social.
Descritores: Insegurança alimentar; apoio social; estudos populacionais.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between the availability of social support and familiar food insecurity reduction in a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil.

Methods: A household-based cross-sectional study with a representative sample of households from Campos Elíseos district, Duque de Caxias (a metropolitan area of Rio de Janeiro), conducted in the year of 2010. A sample of 1.022 subjects (27% male and 73% female) aged 19 to 60 years was obtained. Familiar food insecurity was estimated by the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). Social support was assessed by using the "Medical Outcomes Study Social Support Survey", adapted and validated for the Brazilian population. Monthly *per capita* family income, number of family members, drinking water supply, household water treatment, educational level, marital status and job status were considered as potential confounders. Three social support dimensions (emotional/ informational, affective/social companionship, tangible) obtained by factorial analysis were considered as explanatory variables. The score obtained on EBIA was considered the outcome variable, after logarithmic transformation. Multiple linear regression models were used to evaluate the association between social support factors and food insecurity, controlled for key confounders (p-value<0.05). Analysis were stratified for households with over 18 years-old people only and households with children and/or teenagers.

Results: The availability of affective/ social companionship social support was inversely associated with food insecurity scale's score for households with over 18 years-old people only (β= -0.007; CI95%= -0.012; -0.001) and households with children and/or teenagers (β= -0.017; CI95%= -0.028; -0.006), even after adjustment for confounders. The same was verified for tangible social support: β= -0.005 (CI95%= -0.01; -0.001) in households with over 18 years-old people only.

Conclusion: Social support seems to contribute to reduce familiar food insecurity, suggesting that the inclusion of strategies focusing on strengthening social relationships in this kind of population should be encouraged, so that it could increase perceptions and achievement of social support.

Key words: Food insecurity, social support, population studies

INTRODUÇÃO

A Segurança Alimentar e Nutricional constitui um direito humano, assegurado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, instituída em 2006[1]. Como parte de sua definição, ampla e multidimensional, destaca-se a dimensão do acesso aos alimentos que, quando não ocorre em quantidade e qualidade satisfatórias, coloca os indivíduos em situação de insegurança alimentar. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009[2] revelaram que aproximadamente 30% das famílias, nas quais viviam 25 milhões de brasileiros, vivenciavam algum grau de limitação no acesso aos alimentos no período em questão.

A insegurança alimentar familiar tem estreita relação com indicadores sociais[3,4,5,6]. Em geral, é observada maior frequência de insegurança alimentar em famílias com baixa escolaridade, maior número de moradores no domicílio e, sobretudo, menores rendimentos[2,7,8,9,10]. Contudo, para além das dificuldades impostas pelo contexto de pobreza e desigualdades em que se vive, existem outros fatores que contribuem para o sucesso do domicílio em conseguir suprir suas necessidades em relação à alimentação[11]. Por exemplo, a maneira como famílias vulneráveis administram e distribuem os recursos disponíveis[12], ou ainda, as relações que os indivíduos estabelecem entre si ou entre sua comunidade e os recursos que se originam dessas interações[13,14,15]. Nesse contexto, alguns desses recursos poderiam ser disponibilizados por meio do apoio social proporcionado pelo convívio com a família, amigos e vizinhos em situações de necessidade, visto que o apoio social, por definição, corresponderia exatamente ao grau com que as relações interpessoais atenderiam a determinadas funções[16,17], incluindo recursos materiais, afetivos, emocionais, de informação e de interação com o outro[18].

Entendendo que a disponibilidade de apoio social possibilitaria que indivíduos socialmente vulneráveis vivenciassem a insegurança alimentar de forma menos grave, ou até mesmo conseguissem se perceber em segurança alimentar, e que essa associação foi pouco estudada nos trabalhos sobre insegurança alimentar familiar, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre o apoio social e a redução da insegurança alimentar entre famílias residentes em área da Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

MÉTODOS

Desenho e população de estudo

Os dados que originaram este trabalho derivam da pesquisa intitulada "Modificações na insegurança alimentar, no sobrepeso e no consumo alimentar no período de 2005 a 2010 em Duque de Caxias – Pesquisa SANDUC". Trata-se de um estudo transversal de base populacional, com amostra representativa de domicílios do distrito de Campos Elíseos, pertencente ao município de Duque de Caxias, localizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. A região estudada caracteriza-se por ter proporção elevada de famílias vivendo em situação de pobreza e insegurança alimentar[8]. Para a seleção das unidades de amostra foi adotado o desenho de amostragem inversa em conglomerados em três estágios de seleção (setores censitários, domicílios e indivíduos) e foram incluídas na pesquisa variáveis referentes aos domicílios e aos indivíduos residentes dos mesmos, avaliadas por meio da aplicação de questionários estruturados.

O estudo avaliou uma amostra composta por 1.121 domicílios do total de 1.125 domicílios selecionados (0,4% de perdas). Nestes, foram considerados elegíveis adultos entre 19 e 60 anos responsáveis pela alimentação do domicílio e que responderam as perguntas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (um adulto por domicílio). Do total de 1.031 indivíduos que preencheram este critério de inclusão, nove foram excluídos por inconsistências no preenchimento das questões referentes ao apoio social, que inviabilizariam a obtenção adequada dos escores de apoio social e estabelecimento das associações de interesse. Desta forma, a amostra final foi composta por 1.022 adultos (homens: 27%, n=276; mulheres: 73%, n=746), residentes em 1.022 domicílios de Campos Elíseos (91,2% do total de domicílios amostrados pela Pesquisa SANDUC de 2010).

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2010, por equipe de doze entrevistadores treinados para a função. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa que originou o banco de dados a ser utilizado no presente estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Parecer nº73/ 2009; processo nº01/ 2009).

Avaliação da insegurança alimentar familiar

A insegurança alimentar familiar foi estimada por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), validada por Segall-Corrêa et al[19], Pérez-Escamilla et al[20] e

Melgar-Quinonez et al[21]. O instrumento é composto por quinze itens dicotomizados (sim ou não) sobre a experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar. Sua pontuação considera o número de respostas afirmativas, que varia de 0 a 9 para domicílios somente com adultos em sua composição e de 0 a 15 para domicílios com moradores menores de 18 anos. Neste estudo, a insegurança alimentar foi avaliada de duas formas: (i) como variável nominal para caracterizar a frequência de IA familiar (segurança alimentar: 0 pontos; insegurança alimentar leve: 1-3 pontos para domicílios somente com adultos e 1-5 pontos para domicílios com crianças e/ou adolescentes; insegurança alimentar moderada: 4-6 pontos para domicílios somente com adultos e 6-10 pontos para domicílios com crianças e/ou adolescentes; insegurança alimentar grave: 7-9 pontos para domicílios somente com adultos e 11-15 pontos para domicílios com crianças e/ou adolescentes)[19]; (ii) como variável contínua – somatório da pontuação das perguntas da escala – para estimar as associações com as demais variáveis de estudo.

Avaliação do apoio social

Foi utilizada a escala adaptada[18] e validada[22] para a população brasileira do *Medical Outcomes Study Social Support Survey*[23]. O instrumento é composto por 19 itens originalmente construídos para captar a percepção individual com relação à obtenção de apoio social total e em cinco dimensões: (i) material – provisão de recursos práticos e ajuda material, (ii) emocional – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, (iii) de informação – contar com pessoas que informem, orientem e aconselhem, (iv) afetiva – demonstrações físicas de amor e de afeto, (v) de interação social positiva – contar com pessoas com quem relaxar e se divertir). Todas as perguntas possuem as mesmas opções de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “quase sempre” ou “sempre”, com pontuação variando de um a cinco, respectivamente. Para a obtenção dos valores de apoio social total, foi considerado o somatório da pontuação obtida em cada pergunta. Desta forma, o escore de apoio social total pode variar entre 19 e 95 pontos. Foi adotado o procedimento de padronização dos escores para cada dimensão de apoio social, conforme descrito por Chor et al[18], para obter seus respectivos valores, visto que o instrumento não dispõe do mesmo número de perguntas por dimensão. Com a padronização, os escores das dimensões de apoio social variam entre 20 e 100 pontos.

Variáveis sócio-demográficas

Variáveis consideradas potenciais fatores de confusão para a relação entre apoio social e insegurança alimentar familiar foram avaliadas, por meio de questionário estruturado (renda familiar mensal *per capita* – total de rendimentos da família dividido pelo número de moradores que dependiam desta renda, expressa em múltiplos de salário mínimo em 2010; número de moradores no domicílio; abastecimento de água – utilizando abastecimento pela rede pública como categoria de referência; presença de filtro de água no domicílio; sexo, idade, condição na família – considerando "ser o chefe da família" como categoria de referência, situação conjugal – considerando "ser casado" como categoria de referência, anos de estudo, ocupação – presença de atividade remunerada como referência do adulto avaliado).

Análise de dados

Com o intuito de caracterizar a população de estudo, foram verificadas as frequências das categorias de insegurança alimentar e as distribuições percentuais das variáveis sócio-demográficas relacionadas às famílias e aos indivíduos entrevistados. Também foram estimadas as médias (e respectivos erros-padrões) dos escores padronizados das dimensões de apoio social e o escore total de apoio social. Essas análises consideraram o sexo do adulto entrevistado.

Foi adotado o procedimento de análise fatorial para verificar a capacidade de discriminação das cinco dimensões de apoio social propostas pela escala original para medir apoio social e encontrar a melhor forma de tratar os dados sobre as variáveis em questão. Foi empregada a análise de componentes principais para a extração dos fatores de apoio social. Para verificar a aplicabilidade e adequação do método, foi estimado o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cujo valor 0,95 indicou seu uso. A rotação ortogonal *varimax* foi realizada para simplificar a interpretação dos resultados e minimizar o número de itens com grande peso em um único fator, conforme pontuado por Griep et al[22]. A consistência interna de cada um dos fatores extraídos foi verificada por meio do *Alpha de Cronbach*.

De acordo com os procedimentos de análise fatorial, três fatores foram obtidos para análise do apoio social, sendo a proporção de variância explicada por cada um deles de 41,3%, 35,9% e 24,3%, respectivamente. O primeiro fator abrangeu todos os itens de apoio emocional e de informação das dimensões originais do questionário. O segundo fator incluiu todos os itens de apoio afetivo e de interação social positiva. O terceiro fator abarcou todos os itens referentes à dimensão material do instrumento original. Os coeficientes *Alpha de Cronbach* foram iguais ou maiores a 0,79 em todos os fatores e 0,89 para o apoio social total,

indicando a adequação do processo de avaliação dos escores de apoio social nesta população de estudo (dados não apresentados). Desta maneira, optou-se por considerar a junção da dimensão emocional com a de informação e da dimensão afetiva com a de interação social positiva, conforme proposto para a população na qual a versão brasileira do instrumento foi validada[22].

Para avaliar a associação das variáveis explicativas com a insegurança alimentar, considerou-se como variável dependente a pontuação obtida conforme as respostas afirmativas de cada pergunta da EBIA (dados contínuos), analisando os resultados em dois grupos: domicílios somente com moradores maiores de 18 anos de idade e domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes. Transformações logarítmicas foram necessárias para normalizar as distribuições da medida de insegurança alimentar. Os escores padronizados de apoio social foram utilizados nos modelos de regressão linear como variáveis explicativas, considerando o número de dimensões obtidas por meio da análise fatorial. A análise de regressão linear univariada foi realizada, utilizando-se a significância de $p<0,20$ para a entrada de possíveis variáveis de ajuste no modelo multivariado. Em seguida, o modelo de regressão linear multivariado foi executado, adotando-se a significância de $p<0,05$. Em domicílios compostos por moradores com idade superior a 18 anos, o modelo foi ajustado para sexo, renda familiar mensal *per capita*, número de moradores no domicílio, anos de estudo, abastecimento de água e presença de filtro para tratamento de água. Para domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes, o modelo final foi ajustado por sexo renda familiar mensal *per capita*, anos de estudo e presença de filtro para tratamento de água. Todos os procedimentos de análise de dados foram realizados no programa Stata versão 11.0[24], considerando o desenho amostral.

RESULTADOS

Neste estudo, mais da metade das famílias foi classificada em segurança alimentar, 30% conviviam com insegurança alimentar leve, 8,9% com insegurança alimentar moderada e 3,5% com insegurança alimentar grave. Em relação à renda, 23,9% dos entrevistados auferiram renda familiar mensal *per capita* maior ou igual a um salário mínimo e 34,4% relataram dispor de menos de meio salário mínimo por pessoa por mês. Cerca de 60% dos domicílios eram compostos por famílias de até três moradores, com abastecimento de água realizado pela rede pública e aproximadamente dois terços desses, tinham acesso à água

tratada. Com relação às características dos adultos entrevistados, mais de 90% da amostra foi composta pelo chefe de família ou seu cônjuge. Em geral, eles eram casados (66,9%), completando oito anos de estudo (73,8%) e tinham alguma ocupação (61,8%). Ao analisar o apoio social, os escores médios foram de 79,6 (EP=0,91) para apoio emocional/ de informação, 88,4 (EP=0,68) para apoio afetivo/ de interação social positiva e 81,1 (EP=0,97) para apoio material. A média do apoio social total foi 79,0 (EP=0,68) (Tabela 1).

Os resultados da análise bivariada entre as variáveis sócio-demográficas, potenciais fatores de confusão, e a insegurança alimentar mostraram que a renda familiar mensal *per capita* e a escolaridade do adulto associaram-se negativamente à maior pontuação da EBIA, enquanto que a ausência de filtro de água no domicílio foi positivamente associada à variável em questão, tanto em domicílios cujos moradores tinham mais de 18 anos como entre aqueles com crianças e/ou adolescentes. Além disso, em domicílios compostos apenas por adultos, o número de moradores foi positivamente associado à insegurança alimentar (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta os resultados da análise univariada e multivariada entre apoio social total e insegurança alimentar familiar. No modelo univariado, os escores das três dimensões analisadas de apoio social e do apoio social total foram inversamente e significativamente associados à insegurança alimentar nos dois grupos domiciliares. Em domicílios somente com moradores com idade superior a 18 anos, essa associação foi mantida para os escores de apoio afetivo/ de interação, de apoio material e o apoio social total, mesmo após o ajuste pelas variáveis de confusão. Nos domicílios com menores de 18 anos em sua composição, os escores de apoio emocional/ de informação e de apoio material, embora inversamente correlacionados à insegurança alimentar no modelo univariado, perderam a associação com a insegurança alimentar após o ajuste.

DISCUSSÃO

A prevalência de insegurança alimentar encontrada entre famílias residentes de Campos Elíseos foi superior àquelas obtidas para a população brasileira por meio das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios de 2004[9] (34,8%) e de 2009[2] (30,2%) e para os lares com crianças e mulheres em idade fértil, avaliados pela Pesquisa de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher em 2006[10] (37,5%). Tais resultados eram esperados, visto que estudo de base populacional conduzido na mesma região no ano de 2005 revelou que 53,8% das famílias do distrito de Campos Elíseos vivenciavam algum grau de insegurança

alimentar[8]. Soma-se à prevalência elevada de insegurança alimentar, as condições desfavoráveis de vida da população em relação ao acesso a serviços básicos (com parcela significativa de famílias sem abastecimento de água realizado pela rede pública e água tratada), baixa renda e escolaridade do adulto responsável por prover e/ou administrar o domicílio.

No que concerne ao apoio social percebido, neste trabalho, foram obtidas pontuações médias para o apoio social total e em dimensões similares às encontradas na população de estudo na qual a escala de apoio social foi adaptada e validada[22]. Os valores obtidos por Griep et al[22] para a população de funcionários de uma universidade pública do Estado do Rio de Janeiro, em geral casados (61%), com ensino superior completo (40%) e renda familiar mensal *per capita*, em média, de 5,7 salários mínimos, foram: 78,6 para apoio emocional/ de informação; 83,3 para apoio afetivo/ de interação social positiva; 80,8 para apoio material; 80,8 para apoio total. Um aspecto interessante desse achado é que, mesmo se tratando de uma população vulnerável à pobreza, o que poderia implicar em maior isolamento social e/ou menor capacidade de obter apoio social de suas redes de relações sociais, as famílias de Campos Elíseos obtiveram escores de apoio social elevados e muito próximos aos da população que deu origem à versão brasileira do instrumento. Inclusive, para apoio afetivo/ de interação social positiva, o escore médio foi cinco pontos superior ao da população do estudo de Griep et al[22].

Com relação ao objetivo principal deste estudo, os resultados demonstraram que a disponibilidade de apoio social esteve associada à insegurança alimentar familiar, de tal modo que quanto mais elevados os escores de apoio social, menor a pontuação da EBIA obtida pelas famílias. E essa associação se manteve independentemente dessas famílias estarem inseridas em um contexto de adversidades sócio-demográficas, principalmente a limitação de renda.

Essa associação independente entre apoio social e insegurança alimentar foi pouco estudada até o presente momento e os achados são controversos. São encontrados na literatura os estudos de Hadley et al[25] e De Marco e Thornburn[26]. No primeiro, realizado com mulheres com crianças menores de três anos de duas etnias de uma região rural e muito pobre da Tanzânia, o apoio material (única dimensão de apoio social avaliada) associou-se inversamente e de maneira independente à insegurança alimentar. No segundo, contrariamente aos achados deste trabalho, De Marco e [26] não encontraram evidências de associação entre apoio social e insegurança alimentar entre residentes do Estado norteamericano de Oregon.

Em geral, os poucos trabalhos sobre o tema não investigaram o efeito direto do apoio social para o acesso à alimentação, mas sim sua participação no enfrentamento das adversidades impostas por contextos de vida adversos que tornam os indivíduos vulneráveis à fome. Neste sentido, recorrer à ajuda de familiares, amigos e vizinhos, para obter doações de alimentos[25,27,29] ou dinheiro para comprar comida, obter informações[27,29] e contar com o apoio emocional[27] configuraram entre as estratégias adotadas pelos indivíduos avaliados nesses estudos para lidarem com a falta de alimentos. Outra possibilidade seria a contribuição do apoio social na modificação da associação entre a insegurança alimentar e outros desfechos relacionados à saúde[30].

A EBIA é originalmente analisada em categorias de insegurança alimentar[20]. Entretanto, no presente estudo, optou-se por utilizar o somatório das respostas afirmativas da EBIA para aferir a insegurança alimentar domiciliar, como realizado anteriormente por Pimentel et al[31] ao testar a associação entre insegurança alimentar e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Considerou-se que tratar tanto a insegurança alimentar como as variáveis referentes ao apoio social de forma contínua possibilitaria quantificar exatamente o quanto cada variação dos escores de apoio social total e em dimensões influenciaria na variação da pontuação da EBIA e, consequentemente, na maior gravidade da insegurança alimentar. Assim, por meio da observação do coeficiente de correlação linear β, foi possível verificar que a percepção de fazer parte de uma rede social capaz de gerar recursos em situações de necessidade contribuiu positivamente para uma alimentação em quantidade e qualidade satisfatórias sob a ótica individual. E quanto às dimensões de apoio social analisadas, foram os recursos afetivos e de interação com os outros, além dos recursos materiais para domicílios compostos somente por adultos, que representaram o maior diferencial nessa associação. Isto se deve, possivelmente, à contribuição do apoio social para a maior sensação de controle sobre a própria vida e sentimento de valor próprio[32,33] que, nessa população vulnerável à pobreza, à precariedade no acesso a serviços básicos e à fome, ajudaria por si só a minimizar incertezas quanto à manutenção de uma alimentação adequada e sustento da família.

Entendendo que famílias com crianças são mais suscetíveis à insegurança alimentar[34], poderia se pensar que a disponibilidade de ajuda material seria mais importante para esta categoria domiciliar do que os outros tipos de apoio. Todavia, neste grupo familiar, foram as percepções físicas de amor e de afeto e de poder contar com pessoas com quem realizar atividades prazerosas e de lazer que tiveram maior diferencial para que estas famílias conseguissem lidar melhor com a insegurança alimentar ou se perceber menos inseguras.

Além disso, o apoio material perdeu a significância estatística após o ajuste para as variáveis de confusão. Porém, seria o apoio afetivo/ de interação social positiva uma dimensão realmente mais importante do que a ajuda material nesta população?

Embora os dados apontem para a maior contribuição do apoio afetivo/ de interação positiva para a menor gravidade da insegurança alimentar, é preciso atentar para algumas questões. Os itens da dimensão material da escala de apoio social avaliam a disponibilidade de ajuda em atividades práticas e gerais[18,22]. Por exemplo, ter alguém para ajudar a preparar uma refeição caso não possa preparar ou para levar ao médico em caso de necessidade. Este tipo de ajuda material seria mais importante para indivíduos em condições crônicas, com dificuldades em realizar atividades diárias, como a população que deu origem ao instrumento original[35]. No contexto da pobreza, como o das famílias residentes em Campos Elíseos, é possível pensar que o apoio material mais relevante seria aquele diretamente relacionado à obtenção de alimentos e/ou meios para conseguir manter uma alimentação regular, como contar com suas redes sociais para doações ou empréstimos, realizar trocas de alimentos ou, ainda, poder fazer as refeições na casa de parentes próximos, amigos ou vizinhos. Ainda assim, os p-valores obtidos para a associação entre apoio material e insegurança alimentar no modelo ajustado, limítrofe para domicílios com crianças e/ou adolescentes e fortemente significativo para domicílios somente compostos por maiores de 18 anos (p-valor=0,06 e p-valor=0,011, respectivamente; dados não apresentados em tabela), indicam a participação e importância do apoio material para o acesso à alimentação na população em questão.

Cabe destacar os aspectos positivos e limitações do presente estudo. Destaca-se que este foi o primeiro estudo a analisar a associação entre apoio social e redução da insegurança alimentar entre famílias da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro e, até o momento, o único no Brasil a investigar essa relação de forma quantitativa e com a utilização de duas escalas de percepção individuais adaptadas transculturalmente e validadas para a população brasileira. Outro aspecto positivo consiste no fato de ter sido realizado um estudo de base populacional, garantindo a representatividade da amostra e a obtenção de estimativas não enviesadas das variáveis de interesse. A realização do procedimento de análise fatorial da escala de apoio social foi outro ponto forte, pois permitiu a identificação da melhor forma de avaliar o constructo na população em questão, que apresentava características diferentes daquela em que o instrumento utilizado foi validado[22]. Soma-se a isso, o cálculo dos coeficientes *Alpha de Cronbach* para apoio social total e em dimensões, cujos valores indicaram a adequação do processo de avaliação dos escores de apoio social na população composta por famílias residentes em Campos Elíseos. Com relação às possíveis limitações do estudo, uma delas é

que, por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir uma relação causal entre as variáveis analisadas. Outra limitação é que a inserção das famílias em programas de transferência de renda não foi avaliada no presente estudo, de modo que não é possível saber qual o nível de contribuição das redes mais formais para o enfrentamento dos contextos de vida adversos destas famílias. Por se tratar de uma população de baixa renda, é possível que a inclusão das famílias em programas governamentais para o combate à fome e à pobreza determine uma rede de apoio diferenciada, visto que estes programas não se destinam apenas ao alívio imediato da pobreza por meio da transferência de renda, mas também a investir no desenvolvimento das famílias com a inserção em programas complementares e o acesso à saúde, educação e assistência social[36,37].

CONCLUSÃO

O presente trabalho representa os esforços para a compreensão da relação entre a disponibilidade de apoio social avaliada sob a ótica individual e a percepção com relação ao acesso à alimentação em famílias da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, caracterizada pela alta prevalência de insegurança alimentar. Os resultados sugerem que o apoio social contribui para minimizar a insegurança alimentar familiar e que, nos dois grupos domiciliares, para o apoio social total e o apoio afetivo e de interação social positiva, essa associação se mantém independente da renda e das variáveis classicamente relacionadas à insegurança alimentar, ocorrendo o mesmo para o apoio material em domicílios só com adultos. Assim, populações socialmente vulneráveis, como a composta por famílias de Campos Elíseos, poderiam ser beneficiadas por estratégias para o fortalecimento das relações entre os membros próximos da mesma comunidade e, até mesmo, a inclusão das mesmas aos programas sociais já existentes para o combate à fome e à pobreza.

Tabela 1 – Frequência (%) de insegurança alimentar familiar[1], características sócio-demográficas das famílias e dos adultos e apoio social percebido, segundo sexo do adulto avaliado. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/Brasil, 2010.

	Homens		Mulheres		Total		
Variáveis de estudo	**%**	**IC 95%**	**%**	**IC 95%**	**%**	**IC 95%**	**p-valor**
Perfil das famílias							
Insegurança alimentar familiar (n=1022)[2]							
Segurança alimentar	54,6	45,9; 63,0	59,0	53,8; 64,1	57,6	53,0; 62,0	0,027
Insegurança alimentar leve	36,1	28,3; 44,8	26,9	22,7; 31,6	30,0	26,1; 34,3	
Insegurança alimentar moderada	4,4	1,9; 9,6	11,3	7,9; 15,9	8,9	6,4; 12,3	
Insegurança alimentar grave	4,9	2,1; 10,9	2,8	1,7; 4,7	3,5	2,2; 5,6	
Renda familiar mensal per capita[3] (n=854)[2]							
< ¼ salário mínimo	3,7	2,0; 7,0	10,8	7,9; 14,3	8,2	6,2; 10,7	0,0163
¼ a ½ salário mínimo	22,4	15,8; 30,7	28,4	23,5; 34,0	26,2	22,1; 30,8	
½ a 1 salário mínimo	48,2	39,6; 56,9	37,9	32,6; 43,5	41,7	37,0; 46,5	
1 ou mais salários mínimos	25,7	19,3; 33,4	22,9	18,5; 28,0	23,9	20,2; 28,1	
Composição do domicílio (n=1022)[2]							
1 a 3 moradores	66,9	58,0; 74,7	57,2	51,9; 62,4	60,5	55,9; 64,9	0,0639
4 ou mais moradores	33,1	25,3; 42,0	42,8	37,6; 48,1	39,5	35,1; 44,1	
Abastecimento de água (n=1020)[2]							
Rede pública	58,7	50,1; 66,8	60,6	55,6; 65,3	59,9	55,5; 64,1	0,7002
Outro	41,3	33,2; 49,9	39,4	34,7; 44,4	40,1	35,9; 44,5	
Presença de filtro para tratamento de água (n=991)[2]							
Sim	77,4	69,2; 83,9	77,8	73,1; 81,8	77,6	73,6; 81,2	0,9312
Não	22,6	16,1; 30,8	22,2	18,2; 26,9	22,4	18,8; 26,4	
Características dos adultos							
Idade (n=1022)[2]							
19 a 29,9 anos	18,1	12,2; 26,1	20,4	16,4; 25,0	19,6	16,2; 23,6	0,1339
30 a 39,9 anos	37,3	29,2; 46,3	39,0	33,9; 44,5	38,5	34,0; 43,1	
40 a 49,9 anos	27,6	20,6; 35,8	18,4	15,2; 22,0	21,5	18,2; 25,2	
50 a 60 anos	17,0	12,1; 23,2	22,2	18,1; 26,9	20,4	17,1; 24,1	

Continuação Tabela 1

	Homens		Mulheres		Total		
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	p-valor
Condição na família (n=1022)[2]							
Chefe da família	89,9	81,7; 94,7	44,8	39,7; 50,0	60,1	55,5; 64,5	
Cônjuge	2,2	0,5; 9,1	49,8	44,5; 55,1	33,7	29,5; 38,1	0,000
Filho ou outro parentesco	7,9	3,8; 15,6	5,4	3,4; 8,5	6,2	4,1; 9,3	
Situação conjugal (n=1017)[2]							
Casado	68,4	59,2; 76,4	66,1	60,7; 71,1	66,9	62,2; 71,2	0,6569
Solteiro/ Separado/ Viúvo	31,6	23,6; 40,8	33,9	28,9; 39,3	33,1	28,8; 37,8	
Anos de estudo (n=1000)[2]							
0 a 8 anos de estudo	77,7	69,8; 84,0	71,7	66,9; 76,2	73,8	69,7; 77,5	0,1853
Mais de 8 anos de estudo	22,3	16,0; 30,2	28,3	23,8; 33,1	26,2	22,5; 30,3	
Ocupação[4] (n=1011)[2]							
Trabalhava	87,2	80,0; 92,1	48,4	43,2; 53,6	61,8	57,3; 66,0	0,000
Não trabalhava	12,8	7,9; 20,0	51,6	46,4; 56,8	38,2	34,0; 42,7	
	Média	**Erro-Padrão**	**Média**	**Erro-Padrão**	**Média**	**Erro-Padrão**	
Apoio social percebido [5]							
Apoio emocional/ de informação (n=1022)[2]	79,6	1,90	79,6	0,98	79,6	0,91	0,979
Apoio afetivo/ de interação social positiva (n=1022)[2]	88,6	1,30	88,2	0,78	88,4	0,68	0,782
Apoio material (n=1022)[2]	85,3	1,37	79,0	0,76	81,1	0,97	0,003
Apoio social total (n=1022)[2]	79,9	1,37	78,5	0,76	79,0	0,68	0,378

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.

[1] Avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Pérez-Escamilla et al, 2004).

[2] Perdas diferenciadas devido a informações não obtidas.

[3] Considerando o valor do salário mínimo brasileiro em 2010 de R$510,00.

[4] Considerou-se qualquer atividade remunerada.

[5] Avaliado pela versão brasileira da escala para medir apoio social *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (Chor et al, 2001).

Tabela 2 – Análise de regressão linear entre variáveis sócio-demográficas e insegurança alimentar familiar, segundo composição etária do domicílio. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/ Brasil, 2010.

	Insegurança Alimentar [1]			
	Domicílios apenas com moradores com idade superior a 18 anos (n=450)		**Domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes (n=572)**	
	β	**IC 95%**	**β**	**IC 95%**
Variáveis sócio-demográficas				
Sexo (0= masculino; 1= feminino)	-0,15[2]	-0,37; 0,06	0,34[2]	-0,09; 0,76
Renda familiar mensal *per capita* (múltiplos do salário mínimo)	-0,37[4]	-0,48; -0,26	-0,51[4]	-0,68; -0,35
Número de moradores (variável ordinal)	0,09[5]	0,01; 0,17	0,04	-0,08; 0,17
Anos de estudo (0= 1 a 8 anos; 1= mais de 8 anos)	-0,29[5]	-0,48; -0,10	-0,39[5]	-0,75; -0,03
Situação conjugal do adulto avaliado (0= casado; 1=solteiro, separado, viúvo)	0,09	-0,11; 0,30	0,27	-0,16; 0,71
Ocupação (0= sim; 1= sem ocupação)	-0,04	-0,23; 0,16	-0,02	-0,34; 0,30
Abastecimento de água (0= tem; 1= não tem)	0,15[2]	-0,04; 0,34	-0,16	-0,48; 0,16
Presença de filtro de água (0= tem; 1= não tem)	0,54[4]	0,29; 0,80	0,70[4]	0,32; 1,07

β: Coeficiente de correlação linear.

IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.

[1] Somatório de respostas afirmativas das perguntas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Pérez-Escamilla et al, 2004).

[2] p-valor<0,20.

[3] Considerando o valor do salário mínimo brasileiro em 2010 de R$510,00.

[4] p-valor < 0,0001.

[5] p-valor< 0,05.

Tabela 3 – Análise de regressão linear univariada e multivariada entre os escores padronizados de apoio social[1] e apoio social total e insegurança alimentar familiar. Pesquisa SANDUC, Duque de Caxias/Brasil, 2010.

	Insegurança Alimentar [2]							
	Univariada				**Ajustada**			
	Domicílios apenas com moradores com idade superior a 18 anos		**Domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes**		**Domicílios apenas com moradores com idade superior a 18 anos [5]**		**Domicílios com presença de crianças e/ou adolescentes [6]**	
	β	**IC 95%**	**β**	**IC 95%**	**β**	**IC 95%**	**β**	**IC 95%**
Apoio emocional/ de informação	-0,007[3]	-0,012; -0,001	-0,011[3]	-0,022; -0,001	-0,003	-0,008; 0,002	-0,008	-0,020; 0,003
Apoio afetivo/ de interação social positiva	-0,011[4]	-0,017; -0,006	-0,022[4]	-0,033; -0,011	-0,007[3]	-0,012; -0,001	-0,017[7]	-0,028; -0,006
Apoio material	-0,009[4]	-0,013; -0,004	-0,011[3]	-0,020; -0,003	-0,005[3]	-0,01; -0,001	-0,009	-0,018; -0,0004
Apoio social total	-0,012[3]	-0,018; -0,006	-0,020[7]	-0,032; -0,008	-0,007[3]	-0,012; -0,001	-0,015[3]	-0,028; -0,001

β: Coeficiente de correlação linear.
IC 95%: Intervalo de 95% de confiança.
[1] Chor et al (2001).
[2] Somatório de respostas afirmativas das perguntas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Pérez-Escamilla et al, 2004).
[3] p-valor< 0,05.
[4] p-valor < 0,0001.
[5]Ajustado por: sexo; renda familiar mensal *per capita*; número de moradores no domicílio; anos de estudo; abastecimento de água; presença de filtro para tratamento de água.
[6] Ajustado por: sexo; renda familiar mensal *per capita*; anos de estudo; presença de filtro para tratamento de água.
[7] p-valor < 0,01.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei n. 11346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2006 set. 18); Sec. 1:1.

2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Segurança alimentar: 2004/2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 183 p.

3. Vozoris NT, Tarasuk VS. Household food insufficiency is associated with poorer health. The Journal of Nutrition. 2003; 133(1):120-26.

4. Bartfeld J, Dunifon R. State-level predictors of food insecurity and hunger among households with children: electronic report from the economic research service. Washington (DC): United States Department of Agriculture, 2005. 60 p. [citado 03 out 2012]. Disponível em: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/food_security/state_level_fs.pdf.

5. Nord M. Characteristics of low-income households with very low food security: An analysis of the USDA GPRA food security indicator: economic information bulletin nº25. Washington (DC): United States Department of Agriculture, 2005. 21 p. [citado 03 out 2012]. Disponível em: http://www.ers.usda.gov/publications/eib25/eib25.pdf.

6. Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. Revista de Nutrição. 2008; 21 Suppl 0:S111-22.

7. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-Léon L et al. Insegurança alimentar como indicador de iniqüidade: análise de inquérito populacional. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(10):2376-84.

8. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcellos MTL et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Revista de Nutrição. 2008; 21 Suppl 0:S99-109.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Segurança alimentar: 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2006. 148 p.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 583 p.

11. Burlandy L, Salles-Costa R. Segurança alimentar e nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: Kac G et al. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu; 2007. p. 485-501.

12. Lemke S, Voster HH, Rensburg JV et al. Empowered women, social networks and the contribution of qualitative research: broadening our understanding of underlying causes for food and nutrition insecurity. Public Health Nutrition. 2003; 6(8):759-64.

13. Martin KS, Rogers BL, Cook JT et al. Social capital is associated with decreased risk of hunger. Social Science and Medicine. 2004; 58(12):2645-54.

14. Walker JL, Holben DH, Kropf ML et al. Household food insecurity is inversely associated with social capital and health in females from special supplemental nutrition program for women, infants, and children households in Appalachian Ohio. Journal of the American Dietetic Association. 2007; 107(11):1989-93.

15. Kirkpatrick SI, Tarasuk V. Assessing the relevance of neighbourhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families. Public Health Nutrition. 2010; 13(7):1139-48.

16. Due P, Holstein B, Lund R et al. Social relations: network, support and relational strain. Social Science and Medicine. 1999; 48(5):661-73.

17. House JS. Social support and social structure. Sociological Forum. 1987; 2(1):135-46.

18. Chor D, Griep RH, Lopes C et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: prétestes e estudo piloto. Cadernos de Saúde Pública. 2001; 17(4):887-96.

19. Segall-Corrêa AM, Pérez-Escamilla R, Marin-Léon L et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: FAO. Iniciativa Alerica Latina e Caribe Sin Hambre. Santiago-Chile: Oficina Regional FAO-Chile; 2009. p. 80-100. [citado 15 jan 2013]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/memredsan_3.pdf>.

20. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Maranha LK et al. An adapted version of the U.S. department of agriculture food insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. The Journal of Nutrition. 2004; 134(8):1923-28.

21. Melgar-Quinonez HR, Nord M, Pérez-Escamilla R et al. Psychometric properties of a modified US-household food security survey module in Campinas, Brazil. European Journal of Clinical Nutrition. 2008; 62(5):665-73.

22. Griep RH, Chor D, Faerstein E et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(3):703-14.

23. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Social Science and Medicine. 1991; 32(6):705-14.

24. Stata: data analysis and statistical software [software em CD-ROM]. Version 11.0. College Station (TX): Stata Corporation; 2009.

25. Hadley C, Mulder MB, Fitzherbert E. Seasonal food insecurity and perceived social support in rural Tanzania. Public Health Nutrition. 2007; 10(6):544-51.

26. De Marco M, Thorburn S. The relationship between income and food insecurity among Oregon residents: does social support matter? Public Health Nutrition. 2009; 12(11):2104-12.

27. Ahluwalia IB, Dodds JM, Baligh M. Social support and coping behaviors of low-income families experiencing food insufficiency in North Carolina. Health Education and Behavior. 1998; 25(5):599-612.

28. De Marco M, Thorburn S, Kue J. "In a country as affluent as America people should be eating": experiences with and perceptions of food insecurity among rural and urban Oregonians. Qualitative Health Research.2009; 19(7):1010-24.

29. Kempson K, Keenan DP, Sadani PS et al. Maintaining Food Sufficiency: Coping Strategies Identified by Limited-Resource Individuals versus Nutrition Educators. Journal of Nutrition Education and Behaviour. 2003; 35(4):179-88.

30. Kollannoor-Samuel G, Wagner J, Damio G et al. Social support modifies the association between household food insecurity and depression among latinos with uncontrolled type 2 diabetes. Journal of Immigrant and Minority Health. 2011; 13(6): 982–89.

31. Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/ Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População. 2009; 26(2):283-94.

32. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985; 98(2):310-57.

33. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4. ed. São Francisco (CA): Josseybass, 2008. p. 189-210.

34. Tarasuk VS, Beaton GH. Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. The Journal of Nutrition. 1999; 129(3):672-9.

35. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S et al. The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. The Journal of the American Medical Association. 1989; 262(7):925-30.

36. Oliveira VB. Transferência de renda e segurança alimentar e nutricional: um olhar sobre Programa Bolsa Família. In: Schneider OF. Segurança alimentar e nutricional: Tecendo a rede de saberes. Petrópolis: DP et Alii Editora Ltda; 2012. p. 101-20.

37. Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social. Bolsa Família. [citado 30 out 2012]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia.

7 CONCLUSÃO

Esta dissertação apresenta a primeira análise quantitativa em relação à percepção individual quanto à disponibilidade de apoio social no contexto do acesso à alimentação em quantidade e qualidade em famílias da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, área com alta prevalência de insegurança alimentar.

A análise das características sócio-demográficas da população em questão permitiu concluir que parcela significativa das famílias analisadas convivia em um contexto de desigualdades, marcado pela limitação de renda (evidenciada pela proporção reduzida de famílias com renda familiar mensal *per capita* superior a um salário mínimo), baixa escolaridade do adulto avaliado (em geral, o responsável por prover ou cuidar do domicílio) e falta de acesso à água tratada e/ou fornecida pela rede pública. E esses fatores, assim como o número de moradores nos domicílios compostos apenas por adultos, associaram-se à IA familiar.

Com relação ao apoio social, a percepção de ter com quem contar em momentos de necessidade esteve inversamente associada à pontuação da EBIA. Assim, quanto maiores os escores de apoio social percebido pelos indivíduos avaliados, menor foi a proporção de respostas positivas às perguntas da EBIA, ou seja, menor gravidade da IA. Isto ocorreu tanto para domicílios só com adultos, como para domicílios com crianças e/ou adolescentes. E esta associação se manteve mesmo após o ajuste para os fatores de confusão, representados pelas variáveis sócio-demográficas que refletiriam exatamente o contexto de adversidades em que se inserem os membros desse grupo populacional. Assim, os resultados sugerem que, na população analisada, a disponibilidade de apoio social pode ser um fator a contribuir positivamente para que essas famílias socialmente vulneráveis consigam lidar com a possibilidade de falta de alimentos ou pobreza, na medida em que proporcionariam recursos materiais, ou afetivos e de interação social, que as possibilitariam de vivenciar a IA com menor gravidade.

Face à escassez de estudos sobre o tema e, ao mesmo tempo, ao crescente interesse pelo desenvolvimento e aprimoramento das políticas sociais já existentes para o combate à fome e à pobreza no país, os resultados oferecem informações iniciais, porém relevantes, a respeito da participação das relações sociais no contexto da SAN para o planejamento e organização das mesmas. Neste sentido, indicam que estratégias para o fortalecimento das relações entre membros próximos de uma mesma comunidade, de modo a viabilizar maior disponibilidade de apoio social, poderiam ser incluídas junto a esses programas sociais que

contribuem para o aumento da renda de famílias socialmente vulneráveis e, assim, minimizar a situação de IA neste grupo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHLUWALIA, I.B.; DODDS, J.M.; BALIGH, M. Social support and coping behaviors of low-income families experiencing food insufficiency in North Carolina. **Health Education and Behavior**, v. 25, n. 5, p. 599-612, 1998.

ANDERSON, D.; BILODEAU, B.; DESHAIES, G.; GILBERT, M.; JOBIN, J. Validation canadienne-française du "MOS Social Support Survey". **Canadian Journal of Cardiology**, v. 21, n. 10, p. 867-873, 2005.

ANDRADE, C.R.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.S.; FONSECA, M.J.M. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 379-386, 2005.

BARTFELD, J.; DUNIFON, **R. State-level predictors of food insecurity and hunger among households with children**: electronic report from the economic research service. Washington (DC): United States Department of Agriculture, 2005. 60 p. Disponível em: <http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/food_security/state_level_fs.pdf>. Acesso em: 02 out. 2011.

BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 12-20, 2003.

BERKMAN, L.F.; GLASS, T. Social integration, social networks, social support, and health. In: BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000. 391 p.

BERKMAN, L.F.; SYME, S.L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **American Journal of Epidemiology**, v. 109, n. 2, p. 186-204, 1979.

BICKEL, G.; NORD, M.; PRICE, C.; HAMILTON, W.; COOK, J. **Measuring food security in the United States: guide to measuring household food security**: report. Washington (DC): United States Department of Agriculture, 2000. 76 p.

BLUMBERG, S.J.; BIALOSTOSKY, K.; HAMILTON, W.L.; BRIEFEL, R.R. The effectiveness of a short form of the household food security scale. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1231-1234, 1999.

BOWLING, A.; BROWNE, P.D. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. **Journal of Gerontology**, v. 46, n. 1, p. 20-32. Suplemento.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**: 2006. Brasília: MS, 2008. 583 p.

BURITY, V.; FRANCESCHINI, T; VALENTE, F.; RECINE, E.; LEÃO, M.; CARVALHO, M.F. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2010. 204 p.

BURLANDY, L.; SALLES-COSTA, R. Segurança alimentar e nutricional: concepções e desenhos de investigação. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Atheneu, 2007. 580 p.

CARLSON, L.E.; GOODEY, E.; BENNETT, M.H.; TAENZER, P.; KOOPMANS, J. The addition of social support to a community-based large-group behavioral smoking cessation intervention: Improved cessation rates and gender differences. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 4, p. 547-559, 2002.

CENSUS BUREAU. **CSPRO**: Census and survey processing system. Version 3.2. Washigton (DC), 2005. Programa de computador.

CHOR, D.; GRIEP, R.H.; LOPES, C.; FAERSTEIN, E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

COATES, J.; FRONGILLO, E.A.; ROGERS, B.L.; WEBB, P.; WILDE, P.E.; HOUSER, R. Commonalities in the experience of household food insecurity across cultures: what are measures missing? **The Journal of Nutrition**, v. 136, n. 5, p. 1438-1448, 2006. Supplement.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

COHEN, S.; WILLS, T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310-357, 1985.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **II conferência de segurança alimentar e nutricional: A construção da política nacional de segurança alimentar e nutricional**: relatório final. Olinda: CONSEA, 2004. 46 p. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/as-conferencias/ii-conferencia/relatorio-final/view>. Acesso em: 15 jul. 2011.

DE MARCO, M.; THORNBURN, S. The association between sociodemographic factors, participation in assistance programs, and food insecurity among oregon residents. **Journal of Hunger and Environmental Nutrition**, v. 3, n. 1, p. 36-50, 2008.

_____. The relationship between income and food insecurity among Oregon residents: does social support matter? **Public Health Nutrition**, v. 12, n. 11, p. 2104-2112, 2009.

DE MARCO, M. THORBURN, S.; KUE, J. "In a country as affluent as America people should be eating": experiences with and perceptions of food insecurity among rural and urban Oregonians. **Qualitative Health Research**, v. 19, n. 7, p. 1010-1024, 2009.

DUE, P.; HOLSTEIN, B.; LUND, R.; MODVIG, J; AVLUND, K. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science and Medicine**, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

FACHADO, A.A.; MARTINEZ, A.M.; VILLALVA, C.M.; PEREIRA, M.G. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: Questionário medical outcomes study social support survey (MOS-SSS). **Acta Médica Portuguesa**, v. 20, n. 6, p. 525-533, 2007.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 4, p. 456-466, 2005.

FÁVARO, T.; RIBAS, D.L.B.; ZORZATTO, J.R.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; PANIGASSI, G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 785-793, 2007.

GJESFJELD, C.D.; GREENO, C.G.; KIM, K.H. A confirmatory factor analysis of an abbreviated social support instrument: The MOS-SSS. **Research on Social Work Practice**, v. 18, n. 3, p. 231-237, 2007.

GOTTLIEB, B.H.; BERGEN, A.E. Social support concepts and measures. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 69, n. 5, p. 511-520, 2009.

GRIEP, R.H. Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4487>. Acesso em: 10 set 2012.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

GRIEP, R.H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G.L.; LOPES, C.S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GROSS, J.; ROSENBERGER, N. **Food insecurity in rural Benton County: An ethnographic study**: rural studies paper 05-02. Oregon: Oregon State University, 2005. Disponível em: <http://ruralstudies.oregonstate.edu/working-paper-series>. Acesso em: 04 out 2011.

HABER, M.G.; COHEN, J.L.; LUCAS, T.; BALTES, B.B. The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. **American Journal of Community Psychology**, v. 39, n. 1-2, p. 133-144, 2007.

HADLEY, C.; MULDER, M.B.; FITZHERBERT, E. Seasonal food insecurity and perceived social support in rural Tanzania. **Public Health Nutrition**, v. 10, n. 6, p. 544-551, 2007.

HALDANE, J.B.S. On a method of estimating frequencies. **Biometrika**, v. 33, n. 3, p. 222-225, 1945.

HANSON, B.S.; OSTERGREN, P.O. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on

some results from the population study ‘men born in 1914’, Malmö, Sweden. **Social Science and Medicine**, v. 25, n. 7, p. 849-859, 1987.

HEANEY, C.A.; ISRAEL, B.A. Social networks and social support. In: GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice**. 4. ed. São Francisco (CA): Josseybass, 2008. 552 p.

HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 15, n. 1, p. 49-61, 2008.

HOISINGTON, A.; SHULTZ, J.; BUTKUS, S. Coping strategies and nutrition education needs among food pantry users. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 34, n. 6, p. 326-333, 2002.

HOUSE, J.S. Social support and social structure. **Sociological Forum**, v. 2, n. 1, p. 135-146, 1987.

IMAYAMA, I.; ALFANO, C.M.; KONG, A. et al. Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 8, p. 118, 2011. Disponível em: <http://www.ijbnpa.org/content/8/1/118>. Acesso em: 08 nov. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Segurança alimentar**: 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. 148 p.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Segurança alimentar**: 2004/2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 183 p.

_____. **Produto interno bruto dos municípios 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 105 p.

_____. **Sinopse do censo demográfico brasileiro 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 261 p.

KEMPSON, K.; KEENAN, D.P.; SADANI, P.S.; ADLER, A. Maintaining Food Sufficiency: Coping Strategies Identified by Limited-Resource Individuals versus Nutrition Educators. **Journal of Nutrition Education and Behaviour**, v. 35, n. 4, p. 179-188, 2003.

KENDALL, A.; OLSON, C.M.; FRONGILLO, E.A. Validation of the Radimer/Cornell measures of hunger and food insecurity. **The Journal of Nutrition**, v. 125, n. 11, p. 2793-2801, 1995.

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

KIRKPATRICK, S.I.; TARASUK, V. Assessing the relevance of neighbourhood characteristics to the household food security of low-income Toronto families. **Public Health Nutrition**, v. 13, n. 7, p. 1139-1148, 2010.

KOLLANNOOR-SAMUEL, G.; WAGNER, J.; DAMIO, G.; SEGURA-PEREZ, S.; CHHABRA, J.; VEGA-LÓPEZ, S.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Social support modifies the

association between household food insecurity and depression among latinos with uncontrolled type 2 diabetes. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 13, n. 6, p. 982-989, 2011.

LAKEY, B.; COHEN, S. Social support theory and measurement. In: COHEN, S.; UNDERWOOD, L.; GOTTLIEB, B. **Social support measurement and interventions: A guide for health and social scientists.** New York: Oxford University Press, 2000. 368 p.

LEMKE, S.; VOSTER, H.H.; RENSBURG, J.V.; ZICHE, J. Empowered women, social networks and the contribution of qualitative research: broadening our understanding of underlying causes for food and nutrition insecurity. **Public Health Nutrition**, v. 6, n. 8, p. 759-764, 2003.

MAHMUD, W.M.R.W.; AWANG, A.; MOHAMED, M.N. Psychometric evaluation of the medical outcome study (MOS) social support survey among malay postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. **Malaysian Journal of Medical Sciences**, v. 11, n. 2, p. 26-33, 2004.

MARTIN, K.S.; ROGERS, B.L.; COOK, J.T.; JOSEPH, H.M. Social capital is associated with decreased risk of hunger. **Social Science and Medicine**, v. 58, n. 12, p. 2645-2654, 2004.

MATTOS, A. Validade dimensional da escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2457>. Acesso em: 24 jan 2012.

MELGAR-QUINONEZ, H.R.; NORD, M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Psychometric properties of a modified US-household food security survey module in Campinas, Brazil. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 62, n. 5, p. 665-673, 2008.

MONEGO, E.T.; PEIXOTO, R.G.; CORDEIRO, M.M.; COSTA, R.M. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantis. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 17, n. 1, p. 37-47, 2010.

MOOKADAM, F.; ARTHUR, H.M. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardical infarction. **Archives of Internal Medicine**, v. 164, n. 14, p. 1514-1518, 2004.

MOTL, R.W.; MCAULEY, E.; SNOOK, E.M.; GLIOTTONI, R.C. Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. **Psychology, Health and Medicine**, v. 14, n. 1, p. 111-124, 2009.

NORD, M. **Characteristics of low-income households with very low food security: An analysis of the USDA GPRA food security indicator**: economic information bulletin nº 25. Washington (DC): United States Department of Agriculture, 2005. 21 p. Disponível em: <http://www.ers.usda.gov/publications/eib25/eib25.pdf>. Acesso em: 02 out. 2011.

PANIGASSI, G.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARIN-LÉON, L.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M.F.A.; MARANHA, L.K. Insegurança alimentar como indicador de iniqüidade:

análise de inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

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

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARANHA, L.K.; SAMPAIO, M.F.A. MARIN-LEÓN, L.; PANIGASSI, G. An adapted version of the U.S. department of agriculture food insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **The Journal of Nutrition**, v. 134, n. 8, p. 1923-1928, 2004.

PIMENTEL, P.G.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/ Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 2, p. 283-294, 2009.

REQUENA, G.C.; SALAMERO, M.; GIL, F. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. **Medicina Clínica**, v. 128, n. 18, p. 687-691, 2007.

ROCHA, S.; ALBUQUERQUE, R.C. Pobreza extrema no Rio de Janeiro: Uma espacialização alternativa. **Econômica**, v. 9, n. 1, p. 63-88, 2007.

ROSE, D. Economic determinantes and dietary consequences of food insecurity in the United States. **The Journal of Nutrition**, v. 129, n. 2, p. 517-520, 1999.

SALLES-COSTA, R.; PEREIRA, R.A.; VASCONCELLOS, M.T.L.; VEIGA, G.V.; MARINS, V.M.R.; JARDIM, B.C. et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 99-109, 2008. Suplemento.

SANTOS, S.M.C.; SANTOS, L.M.P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1029-1040, 2007.

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

SEGALL-CORRÊA, A.M.; MARIN-LÉON, L.; HELITO, H. PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SANTOS, L.M.P.; PAES-SOUSA, R. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Revista de Nutrição**, v. 21, p. 39-51, 2008. Suplemento.

SEGALL-CORRÊA, A.M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M.F.A.; MARIN-LEON, L.; PANIGASSI, G.; MARANHA, L.K. et al. **Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/rural**: relatório técnico. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2004. 33 p.

SEGALL-CORRÊA, A.M.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; MARIN-LÉON, L.; YUYAMA, L.; VIANA, R.P.T.; COITINHO, D. et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: FAO. **Iniciativa Alerica Latina e**

Caribe Sin Hambre. Santiago-Chile: Oficina Regional FAO-Chile, 2009. 325 p. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/memredsan_3.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SHYU, Y.L.; TANG, W.R.; LIANG, J.; WENG, L.J. Psychometric testing of the MOS social support on a Taiwanese sample. **Nursing Research**, v. 55, n. 6, p. 411-417, 2006.

SILVA, I.T.; GRIEP, R.H.; ROTENBERG, L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 514-521, 2009.

STATA CORPORATION. **STATA**: Data analysis and statistical software. Version 11.0. College Station (TX), 2009. Programa de computador.

STICE, E.; RAGAN, J.; RANDALL, P. Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? **Journal of Abnormal Psychology**, v. 113, n. 1, p. 155-159, 2004.

TANG, T.S.; BROWN, M.B.; FUNNEL, M.M.; ANDERSON, R.M. Social support, quality of life, and self-care behaviors among african americans with type 2 diabetes. **The Diabetes Educator**, v. 34, n. 2, p. 266-276, 2008.

TARLOV, A.R.; WARE, J.E.; GREENFIELD, S.; NELSON, E.C.; PERRIN, E.; ZUBKOFF, M. The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. **The Journal of the American Medical Association**, v. 262, n. 7, p. 925-930, 1989.

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

VOZORIS, N.T.; TARASUK, V.S. Household food insufficiency is associated with poorer health. **The Journal of Nutrition**, v. 133, n. 1, p. 120-126, 2003.

WALKER, J.L.; HOLBEN, D.H.; KROPF, M.L.; HOLCOMB, J.P.; ANDERSON, H. Household food insecurity is inversely associated with social capital and health in females from special supplemental nutrition program for women, infants, and children households in Appalachian Ohio. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 107, n. 11, p. 1989-1993, 2007.

WEHLER, C.; WEINREB, L.F.; HUNTINGTON, N.; SCOTT, R.; HOSMER, D.; FLETCHER, K. et al. Risk and protective factors for adult and child hunger among low-income housed and homeless female-headed families. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 1, p. 109-115, 2004.

APÊNDICE A – MATRIZ FATORIAL ROTADA E CARGAS FATORIAIS OBSERVADAS PARA OS TRÊS FATORES IDENTIFICADOS NOS INDIVÍDUOS ENTRE 19 E 60 ANOS DE IDADE RELATIVOS AOS ITENS COMPONENTES DE APOIO SOCIAL[1]. PESQUISA SANDUC, DUQUE DE CAXIAS/BRASIL, 2010.

Itens	**Fator 1** Emocional + Informação	**Fator 2** Afetivo + Interação Social Positiva	**Fator 3** Material
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...			
para ouvi-lo, quando você precisar falar? [2]	**0,5681**	0,2852	0,3293
em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? [2]	**0,7072**	0,3298	0,1463
para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? [2]	**0,6996**	0,2245	0,1700
que compreenda seus problemas? [2]	**0,6183**	0,3038	0,3037
para dar-lhe bons conselhos em situações de crise? [3]	**0,6111**	0,2826	0,3109
para dar-lhe informação que o ajude a compreender uma determinada situação? [3]	**0,5919**	0,3011	0,2216
de quem você realmente quer conselhos? [3]	**0,6521**	0,2758	0,2776
para dar-lhe sugestões de como lidar com um problema pessoal? [3]	**0,7402**	0,2341	0,1484
que demonstre amor e afeto por você?[4]	0,2539	**0,6041**	0,2388
que lhe dê um abraço? [4]	0,2785	**0,6990**	0,1568
que você ame e que faça você se sentir querido? [4]	0,3199	**0,5678**	0,1370
para se divertir junto? [5]	0,1991	**0,6224**	0,2973
com quem relaxar? [5]	0,3217	**0,6889**	0,2364
com quem distrair a cabeça? [5]	0,3970	**0,5433**	0,2780
com quem fazer coisas agradáveis? [5]	0,3299	**0,6546**	0,2256
que o ajude, se ficar de cama? [6]	0,3277	0,3010	**0,4655**
para levá-lo ao médico? [6]	0,3493	0,2356	**0,5234**
para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? [6]	0,2098	0,2601	**0,7000**
para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente? [6]	0,2518	0,2297	**0,6790**
Percentual da variância explicada	42,70	35,69	22,51
Alpha de Cronbach	0,9085	0,8885	0,7982

[1] Avaliado pela versão brasileira da escala para medir apoio social *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (Chor et al, 2001).

[2] Refere-se ao apoio emocional; [3] refere-se ao apoio de informação; [4] refere-se ao apoio afetivo; [5] refere-se ao apoio de interação social positiva; [6] refere-se ao apoio material.

ANEXOS

ANEXO A – EXEMPLO DE PLANILHA DE SELEÇÃO DE DOMICÍLIOS DO SETOR

Planilha de seleção dos domicílios do setor	**0002**
Número unidades domiciliares da contagem rápida feita no setor	623
Número unidades domiciliares com criança de 6 a 30 meses	70
Número de domicílios com crianças de fato entrevistados	7

Entrevistar até 8 domicílios			
Seleção dos domicílios com crianças de 6 a 30 meses			
Número da visita	Número de ordem do domicílio com criança	Resultado da entrevista	Nº sequencial das entrevistas realizadas
1	12		
2	52		
3	53		
4	11		
5	25		
6	47		
7	21		
8	38		
9	20		
10	27		
11	57		
12	60		
13	61		
14	24		
15	46		
16	10		
17	63		
18	56		
19	17		
20	7		
21	54		
22	8		
23	13		

Entrevistar 8 domicílios			
Seleção dos domicílios sem crianças (só com moradores de idade > 30 meses)			
Número da visita	Número de ordem do domicílio (com ou sem criança)	Resultado da entrevista	Nº sequencial das entrevistas realizadas
1	99		
2	490		
3	496		
4	98		
5	254		
6	454		
7	197		
8	352		
9	184		
10	265		
11	522		
12	529		
13	559		
14	237		
15	446		
16	48		
17	569		
18	520		
19	148		
20	12		
21	505		
22	37		
23	109		
24	461		
25	208		
26	526		
27	570		
28	313		
29	124		
30	143		
31	518		
32	431		
33	611		
34	404		
35	401		

ANEXO B – EXEMPLO DE PLANILHA DE SELEÇÃO DE PESSOAS DO SETOR

Número de pessoas (crianças, adoles-centes ou adultos)	Número da pesso(criança, adolescente ou adulto) a selecionar em cada domicílio entrevistado																															
	Domicílio 01				Domicílio 02				Domicílio 03				Domicílio 04				Domicílio 05				Domicílio 06				Domicílio 07				Domicílio 08			
	Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos	
			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2
2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2
4	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	3	2
5	-	-	1	2	-	-	1	4	-	-	2	1	-	-	4	2	-	-	1	2	-	-	4	1	-	-	4	2	-	-	1	2
6	-	-	2	4	-	-	2	3	-	-	2	4	-	-	4	2	-	-	2	1	-	-	5	3	-	-	2	1	-	-	2	1
7	-	-	4	1	-	-	4	3	-	-	6	5	-	-	6	3	-	-	5	1	-	-	4	2	-	-	5	4	-	-	4	6
8	-	-	7	6	-	-	7	5	-	-	5	1	-	-	7	4	-	-	6	5	-	-	2	4	-	-	1	4	-	-	2	7
9	-	-	2	7	-	-	5	6	-	-	8	3	-	-	1	6	-	-	4	6	-	-	8	2	-	-	1	2	-	-	8	7
10	-	-	7	6	-	-	9	2	-	-	5	4	-	-	5	1	-	-	6	7	-	-	6	3	-	-	3	1	-	-	9	8
11	-	-	7	8	-	-	4	9	-	-	2	1	-	-	7	2	-	-	10	6	-	-	4	8	-	-	8	7	-	-	6	4
12	-	-	10	7	-	-	8	11	-	-	6	11	-	-	2	1	-	-	2	11	-	-	9	1	-	-	8	7	-	-	3	10

Número de pessoas (crianças, adoles-centes ou adultos)	Nº da pessoa (criança, adolescente ou adulto) a selecionar em cada domicílio entrevistado																											
	Domicílio 09				Domicílio 10				Domicílio 11				Domicílio 12				Domicílio 13				Domicílio 14				Domicílio 15			
	Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos		Crianças	Adolescentes	Adultos	
			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2			1	2
2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
4	2	3	3	1	1	1	2	3	3	2	1	2	1	1	2	1	2	3	3	2	1	2	1	3	3	1	3	1
5	-	-	4	1	-	-	2	3	-	-	2	4	-	-	2	3	-	-	1	4	-	-	2	1	-	-	1	4
6	-	-	2	1	-	-	2	1	-	-	5	3	-	-	5	4	-	-	3	2	-	-	3	4	-	-	3	4
7	-	-	1	3	-	-	3	1	-	-	5	1	-	-	1	2	-	-	3	4	-	-	1	6	-	-	2	1
8	-	-	2	1	-	-	7	2	-	-	4	6	-	-	7	3	-	-	2	4	-	-	3	4	-	-	7	5
9	-	-	4	2	-	-	3	2	-	-	1	4	-	-	1	4	-	-	6	7	-	-	6	3	-	-	5	4
10	-	-	1	2	-	-	2	7	-	-	1	7	-	-	9	6	-	-	4	9	-	-	3	9	-	-	6	1
11	-	-	8	10	-	-	8	5	-	-	3	1	-	-	10	8	-	-	1	4	-	-	9	6	-	-	2	10
12	-	-	6	5	-	-	11	10	-	-	8	7	-	-	10	6	-	-	6	11	-	-	9	2	-	-	11	4

ANEXO C – FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO E SELEÇÃO DE ENTREVISTADOS

Segurança Alimentar e Nutricional

Segurança alimentar e nutricional em Duque de Caxias – 2010
Folha de identificação do domicílio e de seleção de entrevistados

1. Identificação do domicílio

Setor: |_|_|_|	Nº de ordem do domicílio no *screening* ou listagem: |_|_|_|	Nº sequencial da entrevista realizada: |_|_|
Logradouro: _____		Bairro: _____
Número: _____	Complemento/Dependência: _____	
Estrato de seleção 1 |_| Domicílio com criança		2 |_| Domicílio sem criança
Nº da criança (6-30 meses) selecionada: |_|_|		Nº do adolescente (12-18 anos) selecionado: |_|_|
Nº do 1º ou único adulto selecionado: |_|_|		Nº do segundo adulto selecionado: |_|_|

2. Resultado da visita ao domicílio

1 |_| Recusa da família (encerre a entrevista e procure sua supervisora	3 |_| Fechado, após 3ª visita (encerre a entrevista e procure sua supervisora)
2 |_| Demolido (encerre a entrevista e procure sua supervisora)	4 |_| Vago ou de uso ocasional (encerre a entrevista e procure sua supervisora)
5 |_| Domicílio selecionado no estrato 2 (sem criança) que tem criança (encerre a entrevista e procure sua supervisora)	6 |_| Família aceitou entrevista (vá para 3)

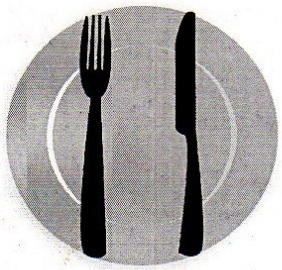
3. Composição da família e número dos adultos, adolescentes e crianças

Nº. de ordem da pessoa	Nome da pessoa	Morador é adulto? (19 anos ou mais)		Morador é adolescente? (de 12 a 18 anos)		Morador é criança? (de 6 a 30 meses)	
		S-sim N-Não	Nº de ordem do adulto	S-sim N-Não	Nº de ordem do adolescente	S-sim N-Não	Nº de ordem da criança
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|	|_|	|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Nº do Setor	Nº do Domicílio	Nº da entrevista	Estrato seleção	Resultado entrevista	Nº da criança Selecionada	Nº do adolescente selecionado	Nº primeiro adulto selecionado	Nº segundo adulto selecionado

ANEXO D – MÓDULO DOMICÍLIO: INFORMAÇÕES SOBRE MORADORES, INSEGURANÇA ALIMENTAR E RENDA

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|



Segurança Alimentar e Nutricional

MÓDULO DOMICÍLIO
INFORMAÇÕES SOBRE MORADORES,
INSEGURANÇA ALIMENTAR E RENDA

DUQUE DE CAXIAS

SANDUC

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

2. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS MORADORES DA FAMÍLIA QUE MORAM A MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA

01. Contando com você e excluindo empregados que trabalham na sua residência e pessoas que alugam quartos, quantas pessoas da sua família moram nessa residência, inclusive as crianças?

|__|__| pessoas

02. Agora eu gostaria que você me dissesse o nome de todas as pessoas de sua família que moram nessa residência (LISTAR TODOS OS MORADORES DA FAMÍLIA. QUANDO HOUVER MAIS DE UMA FAMÍLIA, LISTAR A QUE MORA HÁ MAIS TEMPO NA RESIDÊNCIA. O N° DE MORADORES DEVE SER IGUAL AO N° FINAL DA PERGUNTA ANTERIOR, OU SEJA, DEVE-SE EXCLUIR EMPREGADOS E QUEM ALUGA QUARTOS).

02.1. Nº de ordem	02.2. Nome	02.3. Condição na família	02.4 Sexo 1. Masculino 2. Feminino	02.5. Data de nascimento (dia/mês/ano)	02,6 Idade	02.7. Recusa 1. Sim 2. Não	02.8.Qual o curso que _____ freqüenta? (ou qual o curso mais elevado que _____ freqüentou)? **0** – Analfabeto/Primário incompleto/ até a 3ª. Série fundamental **1** – Primário completo/ ginasial incompleto/até 4º série do ensino fundamental **2** – Ginasial completo/ colegial incompleto/ fundamental completo **3** – Colegial completo/ superior incompleto/ médio completo **4** – Superior completo

Condição na família (EM RELAÇÃO AO CHEFE DE FAMÍLIA)

1	Chefe	4	Filho (a) não biológico	7	Irmão (ã)	10	Genro	13	Agregado(a)
2	Cônjuge	5	Enteado (a)	8	Pai	11	Nora		
3	Filho (a) biológico	6	Neto(a)	9	Mãe	12	Outro parente		

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

03. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO

N° de ordem: |___|___| Nome do morador:_____

01. Nos últimos 6 meses você recebeu algum benefício como... (PODE-SE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ Bolsa família

2 ☐ BPC (benefício de prestação continuada

3 ☐ Governo

4 ☐ Igreja

5 ☐ Uma Entidade filantrópica ou ONG

6 ☐ Não recebo outro ou nenhum benefício

7 ☐ Outro(s). Qual(is)?_____

04. INFORMAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA/ESTRESSE FAMILIAR

01. No Rio de Janeiro tem sido registrado um alto índice de roubos, assaltos e assassinatos. Em relação a essas violências, você e sua família:

1 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados sempre que saem de casa.

2 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados somente quando saem de casa à noite.

3 ☐ Sentem-se ameaçados ou amedrontados mesmo sem sair de casa.

4 ☐ Nunca se sentem ameaçados ou amedrontados

02. Nos últimos 12 meses, você ou alguém de sua família foi assaltado(a) ou roubado(a), isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?

1 ☐ Sim **2.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ Há menos de 1 mês

2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás

3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás

2 ☐ Não

03. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família foi vítima de alguma agressão física?

1 ☐ Sim **3.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ Há menos de 1 mês

2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás

3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás

2 ☐ Não

04. Nos últimos 12 meses, você ou alguém da sua família sofreu algum acidente de trânsito, seja como motorista, passageiro ou pedestre?

1 ☐ Sim **4.1. Quando foi a última vez que isso aconteceu?**

1 ☐ Há menos de 1 mês

2 ☐ Entre 1 e 6 meses atrás

3 ☐ Entre 7 e 12 meses atrás

2 ☐ Não

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

05. Algum dos seus familiares está sofrendo alguma doença grave?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

06. Algum dos seus familiares morreu nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim **1.1 Quem?** _____

1.2 Qual o grau de parentesco em relação ao chefe da casa? _____

2 ☐ Não

05. SEGURANÇA ALIMENTAR PARA ADULTO RESPONSÁVEL PELA ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA

01. Nos últimos 3 meses, você teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

02. Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que você tivesse dinheiro para comprar mais?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

03. Nos últimos 3 meses, você ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique a pergunta 4 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos (crianças e/ ou adolescentes). Senão, vá para a próxima instrução antes da questão 5.

04. Nos últimos 3 meses, você teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Se código 2 ou 3 em <u>todas</u> as perguntas anteriores (1, 2, 3, 4), vá para 17. Se código 1 em pelo menos uma dessas questões (1, 2, 3, 4), aplique 5 em diante.

05. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

06. Nos últimos 3 meses, você ou algum adulto em sua casa pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

07. Nos últimos 3 meses, você alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

08. Nos últimos 3 meses, você alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

09. A) Nos últimos 3 meses, você perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não VÁ PARA 10

3 ☐ Não sabe ou recusa VÁ PARA 10

B) A quantidade de peso que você perdeu foi: (resposta estimulada)

1 ☐ Pequena

2 ☐ Média

3 ☐ Muita

4 ☐ Não sabe ou recusa

10. Nos últimos 3 meses, você ou qualquer outro adulto em sua casa ficou alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Aplique 11 a 16 somente em domicílios com moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes). Senão, vá para 17.

11. Nos últimos 3 meses, você não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

12. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

13. Nos últimos 3 meses, você, alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

14. Nos últimos 3 meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

16. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sabe ou recusa

17. A) alguma vez, faltou alimentos em sua residência?

1 ☐ Sim aplique B

2 ☐ Não vá para 18

B) o que vocês fizeram para se alimentar? (espontânea - marcar até 3 opções)

1 ☐ Pediram alimentos emprestados a parentes e amigos

2 ☐ Prestaram pequenos serviços a parentes e amigos em troca de alimentos

3 ☐ Compram fiado

4 ☐ Deixaram de comprar alimentos supérfluos (biscoitos, refrigerantes,...)

5 ☐ Deixaram de comprar carnes

6 ☐ Deixaram de comprar frutas, verduras e legumes

7 ☐ Aproveitaram sobras de alimentos

8 ☐ Xeparam em feiras e mercados

9 ☐ Recorreram a políticos

10 ☐ outros: _____

(anotar)

18 ☐ Nunca ocorreu esta situação

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

06. INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR

01. O abastecimento de água dessa residência é feito através de ...

1 ☐ ...Rede pública,

2 ☐ Poço ou nascente,

3 ☐ Carro-pipa

4 ☐ ou outro(s), qual(is)? _____

02. Na sua casa tem banheiro (ou vaso sanitário)?

1 ☐ Sim, privativo da família

2 ☐ Sim, coletivo, ou seja, de uso comum para mais de uma famíla

3 ☐ Não

03. A água para beber é filtrada, fervida ou tratada com algum produto?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

3 ☐ Não sei dizer se a água é tratada

04. Nessa residência tem... (marcar com "X" a quantidade correspondente de cada item)

1	Geladeira simples?	0	1	2	3	4+
2	Geladeira duplex?	0	1	2	3	4+
3	Freezer?	0	1	2	3	4+
4	Máquina de lavar roupa?	0	1	2	3	4+
5	Vídeo cassete ou DVD?	0	1	2	3	4+
6	Rádios	0	1	2	3	4+
7	Banheiros (exclusivo da família)	0	1	2	3	4+
8	TV a cores	0	1	2	3	4+
9	Empregadas mensalistas	0	1	2	3	4+
10	Automóveis	0	1	2	3	4+

05. Em geral, qual a renda total aproximada da sua família incluindo salários, aposentadorias, pensões e outros rendimentos como aluguéis?

R$ |__|__|. |__|__|__|

06. Quantas pessoas dependem desta renda, ou seja, precisam desta renda para o dia a dia? |__|__|

ANEXO E – MÓDULO DE HOMENS ENTRE 19 E 60 ANOS

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

Segurança Alimentar e Nutricional

MÓDULO DE HOMENS ENTRE 19 E 60 ANOS

DUQUE DE CAXIAS

SANDUC

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__

07. INFORMAÇÕES SOBRE HOMEM COM 19 ANOS OU MAIS

N° de ordem: |___|___| Nome do HOMEM com 19 anos ou mais: _____

01. Cor de pele/raça:

02. Segundo opinião do entrevistador: (Não falar a pergunta ou opções de resposta para o entrevistado)

1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

03. Na sua opinião, qual a sua cor de pele ou raça?: _____

04. Comparando-se com pessoas da sua idade, você considera o seu estado de saúde como...

1 ☐ ...Muito bom,
2 ☐ Bom,
3 ☐ Regular,
4 ☐ ou Ruim?

05. Nos últimos 6 meses o que você usou para perder peso ou "queimar gorduras"?

1 ☐ Remédio com supervisão médica
2 ☐ Remédio sem supervisão médica
3 ☐ Fórmula com supervisão médica
4 ☐ Fórmula sem supervisão médica
5 ☐ Chás
6 ☐ Nada

06. Você esteve internado nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim 6.1 **Quantas vezes?** |__|__| vezes
6.2 **Qual foi o motivo?** _____
2 ☐ Não

07. Você foi diagnosticado como tendo pressão alta nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA 09)

08. Você está tomando remédio atualmente para pressão alta?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

09. Qual era o seu peso aos 15 anos? |__|__|__| , |__| Kg

10. Quantos quilos você ganhou nos últimos 12 meses? |__|__|__| , |__| Kg

11. Você está tomando algum complexo vitamínico ou mineral?

1 ☐ Sim 1.1 **Qual(is)?** _____
2 ☐ Não

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

12. Você está fazendo alguma dieta especial? (ASINALAR APENAS UMA RESPOSTA)

1 ☐ Sim, para emagrecer
2 ☐ Sim, para diabetes
3 ☐ Sim, para pressão alta
4 ☐ Sim, para colesterol
5 ☐ Sim, outra.
Qual(is)? _____
6 ☐ Não

13. Na sua opinião, a sua alimentação, em geral, é saudável?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

14. Você come frutas todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA), **que não sejam em forma de sucos e refrescos?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 16)
2 ☐ Não

15. Qual é o principal motivo de você não comer fruta todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosta muito de frutas
2 ☐ Frutas são difíceis de comprar
3 ☐ Frutas são difíceis de comer
4 ☐ Frutas são caras
5 ☐ Não tenho o costume
6 ☐ Não tenho tempo
7 ☐ Estragam rápido

16. Você come todos os dias ou quase todos os dias (PELO MENOS 5 VEZES POR SEMANA) **verduras e legumes que não sejam batata, inhame, aipim e outras raízes?**

1 ☐ Sim (PULAR PARA 18)
2 ☐ Não

17. Qual é o principal motivo de você não comer verduras e legumes todos os dias ou quase todos os dias?

1 ☐ Não gosto muito de verduras e legumes
2 ☐ Verduras e legumes são difíceis de comprar
3 ☐ Verduras e legumes são caros
4 ☐ Verduras e legumes são difíceis de preparar
5 ☐ Não tenho o costume
6 ☐ Não tenho tempo
7 ☐ Estragam rápido

18. Você já comeu uma grande quantidade de comida de uma só vez num espaço de tempo de até 2 horas, e sentiu que perdeu o controle, não podendo evitar começar a comer e, depois de começar, não conseguir mais parar de comer?

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos de uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

19. Nos últimos 6 meses, você usou alguns dos seguintes métodos?

19.1 Laxativos (são remédios que provocam diarréia) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.2 Diuréticos (são remédios que fazem urinar muito) para eliminar o excesso de alimento ingerido.

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.3 Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.4 Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Agora vou perguntar sobre alguns hábitos que as pessoas apresentam.
Sobre o hábito de fumar...

20. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não / Não fumei (PULAR PARA 25)

21. Com que idade você começou a fumar? |__|__| anos

22. Atualmente, você fuma cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não 22.1 **Com que idade parou de fumar?** |__|__| anos (PULAR PARA 25

23. Atualmente, você fuma cigarros diariamente?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA 25

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|__|

24. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? |__|__| cigarros

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano".

Uma dose de bebida alcóolica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

25.1 Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?

Se não, CONFIRME com o respondente se ele não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais - **Mantida a resposta "não", vá à questão 26**

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

25.3 As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

25.4 Você se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

25.5 Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

Mudando de assunto...

26. Qual é o seu estado civil ou situação conjugal atual?

1 ☐ Solteiro
2 ☐ Casado ou vive com companheira
3 ☐ Separado, divorciado ou desquitado
4 ☐ Viúvo

27. Nos últimos 30 dias, você teve algum tipo de trabalho remunerado?(Considerar também atividade de produção agrícola, venda ou prestação de serviço no próprio domicílio) - (ler até opção 5)

1 ☐ Sim, teve trabalho remunerado
2 ☐ Sim, teve trabalho remunerado, mas está afastado por motivo de férias, licença, doença etc.
3 ☐ Não teve trabalho remunerado (PULAR PARA A PERGUNTA 31)
4 ☐ Nunca trabalhou (PULAR PARA A PERGUNTA 31)
5 ☐ Ou é aposentado/pensionista

27.1 Nesse trabalho, você tem carteira assinada? (considerar aqui o trabalho principal)

1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não sabe dizer

27.2. Nesse trabalho, você recebe... (PODE-SE ASINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ Vale compra,
2 ☐ Ticket refeição,
3 ☐ Cesta básica?
4 ☐ Nenhum benefício.

28. Qual é a sua ocupação atualmente? **Codificação posterior**

_____ **|__|__|**

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

29. Classifique a ocupação do informante tendo em vista que na maior parte do tempo as suas atividades são:

1 ☐ Exercidas sentadas, com movimentos leves de braços e tronco ou em pé, com trabalho leve em máquina ou bancada movimentando braços e pernas. Exemplo: médico, advogado, bancário, operador de caixa, motorista, auxiliar de escritório, balconista, professor e vendedor.

2 ☐ Exercidas sentadas, em máquinas ou bancada com movimentação vigorosa de braços e pernas, ocupações exercidas de pé, como trabalho moderado em máquina ou bancada e as ocupações exercidas em movimento. Exemplo: carteiro, contínuo, vendedor domiciliar, pintor de parede, eletricista, marceneiro, mecânico de automóveis, faxineiro e caseiro.

3 ☐ Pesadas, com atividades de levantar ou arrastar. Exemplo: servente de pedreiro, lixeiro e estivador.

30. Em geral, quantas horas você trabalha ou faz estágio por semana? |__|__| horas

31. Nas últimas duas semanas, com que freqüência você teve dificuldade para dormir ou pegar no sono?

1 ☐ Sempre
2 ☐ Quase sempre
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Raramente
5 ☐ Nunca

32. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? |__|__| horas

33. Nos últimos 3 meses, você fez semanalmente...

	Atividades de lazer	**1.** Sim	**Quantas vezes por semana?**	**Quantos minutos gasta por vez?**	**2.** Não
1	Caminhadas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
2	Vôlei?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
3	Musculação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
4	Ginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
5	Hidroginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
6	Bicicleta?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
7	Corrida?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
8	Futebol?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
9	Lutas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
10	Natação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
11	Basquete?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
12	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
	Atividades da vida diária				
13	Tomou conta de criança menor de 3 anos?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
14	Passou roupa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
15	Lavou roupa no tanque?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
16	Fez faxina na sua casa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
17	Fez limpeza no quintal?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
18	Foi a pé para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
19	Foi de bicicleta para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
20	Assiste TV ou vídeo ou videogame/computador?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
21	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

34. Vou citar algumas refeições e gostaria de saber onde você as realiza com maior freqüência

REFEIÇÕES	Usualmente não realiza	Casa	No trabalho, mas leva de casa	No trab alho	Lanchonete, bar, restaurante	*Outros*
A **Café da manhã**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
B **Almoço**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
C **Lanche da tarde**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
D **Jantar**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐

35. As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo que gostaríamos de saber.

35.1 Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

|__|__| parentes

1 ☐ Nenhum

35.2 Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (não inclua nesta resposta espose (a), companheiro (a) e outros parentes.)

|__|__| amigos

1 ☐ Nenhum

35.3 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

35.4 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|__|

35.5 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade ou outra?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana
2 ☐ 1 vez por semana
3 ☐ 2 a 3 vezes por mês
4 ☐ Algumas vezes no ano
5 ☐ Uma vez no ano

36. A seguir, vou fazer algumas perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, de apoio ou de ajuda.

36.1 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.2 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para ouvi-lo, quando você precisar falar?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.3 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.4 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para levá-lo ao médico?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

36.5 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.6 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para se divertir junto?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.7 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.8 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.9 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.10 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém com quem relaxar?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

36.11 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.12 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.13 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.14 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.15 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.16 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

36.17 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.18 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém que compreenda seus problemas?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36.19 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

37. Agora nós gostaríamos de saber como você tem passado nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.

Nas ULTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

37.1 Perdido muito sono por preocupação?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
37.2 Se sentido constantemente nervoso (a) e tenso (a)?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
37.3 Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
37.4 Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
37.5 Sido capaz de enfrentar seus problemas?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
37.6 Se sentido capaz de tomar decisões?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|__|

37.7 Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

37.8 Se sentido feliz de um modo geral?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

37.9 Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

37.10 Se sentido triste e deprimido (a)?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

37.11 Perdido a confiança em você mesmo?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

37.12 Se achado uma pessoa sem valor?

1 ☐ De jeito nenhum 2 ☐ Não mais que de costume 3 ☐ Um pouco mais que de costume 4 ☐ Muito mais que de costume

38. O censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?

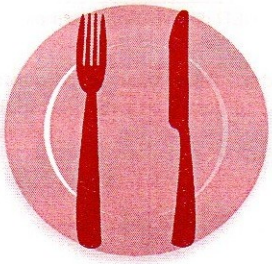
1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

39. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)

1 ☐ Adventista
2 ☐ Assembléia de Deus
3 ☐ Batista
4 ☐ Budista
5 ☐ Candomblé
6 ☐ Casa da Benção
7 ☐ Católica
8 ☐ Congregação Cristã do Brasil
9 ☐ Espírita Kardecista
10 ☐ Evangelho Quadrangular
11 ☐ Judaica
12 ☐ Luterana
13 ☐ Messiânica
14 ☐ Metodista
15 ☐ Presbiteriana
16 ☐ Testemunha de Jeová
17 ☐ Umbanda
18 ☐ Universal do Reino de Deus
19 ☐ Outro (especifique): _____
20 ☐ Não tenho religião

ANEXO F – MÓDULO DE MULHERES ENTRE 19 E 60 ANOS

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|



Segurança Alimentar e Nutricional

MÓDULO DE MULHERES ENTRE 19 A 60 ANOS

DUQUE DE CAXIAS
SANDUC

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__

07. INFORMAÇÕES SOBRE MULHERES COM 19 ANOS OU MAIS

N° de ordem: |___|___| Nome da MULHER com 19 anos ou mais: _____

01. Cor de pele/raça:

02. Segundo opinião do entrevistador: (Não falar a pergunta ou opções de resposta para o entrevistado)

1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

03. Na sua opinião, qual a sua cor de pele ou raça? _____

04. Comparando-se com pessoas da sua idade, você considera o seu estado de saúde como...

1 ☐ ...Muito bom,
2 ☐ Bom,
3 ☐ Regular,
4 ☐ ou Ruim?

05. Nos últimos 6 meses o que você usou para perder peso ou "queimar gorduras"?

1 ☐ Remédio com supervisão médica
2 ☐ Remédio sem supervisão médica
3 ☐ Fórmula com supervisão médica
4 ☐ Fórmula sem supervisão médica
5 ☐ Chás
6 ☐ Nada

06. Você esteve internada nos últimos 12 meses? (SE MULHER, EXCLUIR O PERÍODO DE GRAVIDEZ OU PARTO)

1 ☐ Sim 6.1 **Quantas vezes?** |__|__| vezes
6.2 **Qual foi o motivo?** _____
2 ☐ Não

07. Você foi diagnosticada como tendo pressão alta nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA 11)

08. Você está tomando remédio atualmente para pressão alta?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

09. Qual era o seu peso aos 15 anos? |__|__|__| , |__| Kg

10. Quantos quilos você ganhou nos últimos 12 meses? |__|__|__| , |__| Kg

11. Você está tomando algum complexo vitamínico ou mineral?

1 ☐ Sim 1.1 **Qual(is)?** _____
2 ☐ Não

12. Você está fazendo alguma dieta especial? (ASSINALAR APENAS UMA OPÇÃO)

1 ☐ Sim, para emagrecer
2 ☐ Sim, para diabetes
3 ☐ Sim, para pressão alta
4 ☐ Sim, para colesterol
5 ☐ Sim, outra. **Qual(is)?** _____
6 ☐ Não

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

19.3 Provocar vômitos para eliminar o excesso de alimento ingerido com a intenção de emagrecer ou de não ganhar peso

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

19.4 Ficar sem comer ou comer muito pouca comida para perder peso ou para não engordar

1 ☐ Nenhuma vez
2 ☐ Menos que uma vez por semana
3 ☐ Uma vez por semana
4 ☐ Duas ou mais vezes por semana

Agora vou perguntar sobre alguns hábitos que as pessoas apresentam.
Sobre o hábito de fumar...

20. Somando todos os cigarros que você fumou a vida inteira, mesmo que já tenha parado, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não / Não fumei (PULAR PARA 25)

21. Com que idade você começou a fumar? |__|__| anos

22. Atualmente, você fuma cigarros?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não 22.1 **Com que idade parou de fumar?** |__|__| anos (PULAR PARA 29)

23. Atualmente, você fuma cigarros diariamente?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA 29)

24. Em média, quantos cigarros você fuma por dia? |__|__| cigarros

"Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool, no último ano".

"Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse todas as perguntas".

Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaça ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.

24.1. Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica?
Se não, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho, nem em situações/ocasiões especiais.
Mantida a resposta "não", vá à questão 25

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

24.2. Quantas doses você precisa beber para se sentir "alta", ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito "normal"?
Anote a resposta especificando o tipo de bebidas e converta em doses depois

_____ |__|__|

24.3. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

24.4. Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

24.5. Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

24.6. Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

Mudando de assunto...

25. Qual é o seu estado civil ou situação conjugal atual?

1 ☐ Solteiro(a)
2 ☐ Casado(a) ou vive com companheira(o)
3 ☐ Separado(a), divorciado(a) ou desquitado(a)
4 ☐ Viúvo(a)

26. Nos últimos 30 dias, você teve algum tipo de trabalho remunerado?(Considerar também atividade de produção agrícola, venda ou prestação de serviço no próprio domicílio) - (ler até opção 5)

1 ☐ Sim, teve trabalho remunerado
2 ☐ Sim, teve trabalho remunerado, mas está afastado por motivo de férias, licença, doença etc.
3 ☐ Não teve trabalho remunerado (PULAR PARA A PERGUNTA 30
4 ☐ Nunca trabalhou (PULAR PARA A PERGUNTA 30
5 ☐ É aposentado/pensionista

26.1 Nesse trabalho, você tem carteira assinada? (considerar aqui o trabalho principal)

1 ☐ **Sim**
2 ☐ **Não**
3 ☐ **Não sabe dizer**

26.2. Nesse trabalho, você recebe... (PODE-SE ASINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 ☐ Vale compra,
2 ☐ Ticket refeição,
3 ☐ Cesta básica?
4 ☐ Nenhum benefício.

27. Qual é a sua ocupação atualmente? **Codificação posterior**

_____ |__|__|

28. Classifique a ocupação do informante tendo em vista que na maior parte do tempo as suas atividades são:

1 ☐ Exercidas sentadas, com movimentos leves de braços e tronco ou em pé, com trabalho leve em máquina ou bancada movimentando braços e pernas. Exemplo: médico, advogado, bancário, operador de caixa, motorista, auxiliar de escritório, balconista, professor e vendedor.

2 ☐ Exercidas sentadas, em máquinas ou bancada com movimentação vigorosa de braços e pernas, ocupações exercidas de pé, como trabalho moderado em máquina ou bancada e as ocupações exercidas em movimento. Exemplo: carteiro, contínuo, vendedor domiciliar, pintor de parede, eletricista, marceneiro, mecânico de automóveis, faxineiro e caseiro.

3 ☐ Pesadas, com atividades de levantar ou arrastar. Exemplo: servente de pedreiro, lixeiro e estivador.

29. Em geral, quantas horas você trabalha ou faz estágio por semana? |__|__| horas

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

30. Nas últimas duas semanas, com que freqüência você teve dificuldade para dormir ou pegar no sono?

1 ☐ Sempre
2 ☐ Quase sempre
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Raramente
5 ☐ Nunca

31. Em geral, quantas horas você costuma dormir por noite? |__|__| horas

32. Nos últimos 3 meses, você fez semanalmente...

	Atividades de lazer	1. Sim	Quantas vezes por semana?	Quantos minutos gasta por vez?	2. Não
1	Caminhadas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
2	Vôlei?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
3	Musculação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
4	Ginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
5	Hidroginástica?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
6	Bicicleta?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
7	Corrida?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
8	Futebol?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
9	Lutas?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
10	Natação?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
11	Basquete?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
12	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
	Atividades da vida diária				
13	Tomou conta de criança menor de 3 anos?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
14	Passou roupa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
15	Lavou roupa no tanque?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
16	Fez faxina na sua casa?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
17	Fez limpeza no quintal?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
18	Foi a pé para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
19	Foi de bicicleta para o trabalho, colégio, etc?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
20	Assiste TV ou vídeo ou videogame/computador?	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐
21	Outra atividade? Qual?_____	☐	|__|__|	|__|__|__|	☐

33. Vou citar algumas refeições e gostaria de saber onde você as realiza com maior freqüência

	REFEIÇÕES	Usualmente não realiza	Casa	No trabalho, mas leva de casa	No trabalho	Lanchonete, bar, restaurante	*Outros*
A	**Café da manhã**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
B	**Almoço**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
C	**Lanche da tarde**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐
D	**Jantar**	1. ☐	2. ☐	3. ☐	4. ☐	5. ☐	6. ☐

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

34. As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família, amigos e algumas atividades em grupo.

34.1 Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta.)

|__|__| parentes

1 ☐ Nenhum

34.2 Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (não inclua nesta resposta espose (a), companheiro (a) e outros parentes.)

|__|__| amigos

1 ☐ Nenhum

34.3 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

34.4 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

34.5 nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade ou outra?

1 ☐ Sim

2 ☐ Não

Se SIM, com que freqüência?

1 ☐ Mais de uma vez por semana

2 ☐ 1 vez por semana

3 ☐ 2 a 3 vezes por mês

4 ☐ Algumas vezes no ano

5 ☐ Uma vez no ano

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

35. A seguir, vou fazer algumas perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, de apoio ou de ajuda.

35.1 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.2 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para ouvi-lo, quando você precisar falar?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.3 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situações de crise?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.4 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para levá-lo ao médico?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.5 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.6 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para se divertir junto?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

35.7 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.8 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.9 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.10 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém com quem relaxar?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.11 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.12 Se você precisar...

Com que freqüência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

35.13 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.14 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.15 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.16 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.17 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

35.18 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém que compreenda seus problemas?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

35.19 Se você precisar...
Com que freqüência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido?

1 ☐ Nunca
2 ☐ Raramente
3 ☐ Às vezes
4 ☐ Quase sempre
5 ☐ Sempre

36. Agora nós gostaríamos de saber como você tem passado nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, em relação aos aspectos abaixo relacionados. Aqui, queremos saber somente sobre problemas mais recentes, e não sobre aqueles que você possa ter tido no passado.
Nas ULTIMAS DUAS SEMANAS, você tem...

36.1 Perdido muito sono por preocupação?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.2 Se sentido constantemente nervoso (a) e tenso (a)?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.3 Sido capaz de manter a atenção nas coisas que está fazendo?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.4 Sentido que é útil na maioria das coisas do seu dia-a-dia?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.5 Sido capaz de enfrentar seus problemas?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.6 Se sentido capaz de tomar decisões?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.7 Sentido que está difícil de superar suas dificuldades?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.8 Se sentido feliz de um modo geral?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.9 Tido satisfação nas suas atividades do dia-a-dia?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.10 Se sentido triste e deprimido (a)?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
47.11 Perdido a confiança em você mesmo?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume
36.12 Se achado uma pessoa sem valor?			
1 ☐ De jeito nenhum	2 ☐ Não mais que de costume	3 ☐ Um pouco mais que de costume	4 ☐ Muito mais que de costume

Identificação do domicílio |__|__|__|__|__|

07. INFORMAÇÕES SOBRE MULHERES COM 19 ANOS OU MAIS

N° de ordem: |___|___| Nome da MULHER com 19 anos ou mais: _____

01. Cor de pele/raça:

02. Segundo opinião do entrevistador: (Não falar a pergunta ou opções de resposta para o entrevistado)

1 ☐ Preta
2 ☐ Parda
3 ☐ Branca
4 ☐ Amarela
5 ☐ Indígena

03. Na sua opinião, qual a sua cor de pele ou raça? _____

04. Comparando-se com pessoas da sua idade, você considera o seu estado de saúde como...

1 ☐ ...Muito bom,
2 ☐ Bom,
3 ☐ Regular,
4 ☐ ou Ruim?

05. Nos últimos 6 meses o que você usou para perder peso ou "queimar gorduras"?

1 ☐ Remédio com supervisão médica
2 ☐ Remédio sem supervisão médica
3 ☐ Fórmula com supervisão médica
4 ☐ Fórmula sem supervisão médica
5 ☐ Chás
6 ☐ Nada

06. Você esteve internada nos últimos 12 meses? (SE MULHER, EXCLUIR O PERÍODO DE GRAVIDEZ OU PARTO)

1 ☐ Sim 6.1 **Quantas vezes?** |__|__| vezes
6.2 **Qual foi o motivo?** _____
2 ☐ Não

07. Você foi diagnosticada como tendo pressão alta nos últimos 12 meses?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não (PULAR PARA 11)

08. Você está tomando remédio atualmente para pressão alta?

1 ☐ Sim
2 ☐ Não

09. Qual era o seu peso aos 15 anos? |__|__|__| , |__| Kg

10. Quantos quilos você ganhou nos últimos 12 meses? |__|__|__| , |__| Kg

11. Você está tomando algum complexo vitamínico ou mineral?

1 ☐ Sim 1.1 **Qual(is)?** _____
2 ☐ Não

12. Você está fazendo alguma dieta especial? (ASSINALAR APENAS UMA OPÇÃO)

1 ☐ Sim, para emagrecer
2 ☐ Sim, para diabetes
3 ☐ Sim, para pressão alta
4 ☐ Sim, para colesterol
5 ☐ Sim, outra. **Qual(is)?** _____
6 ☐ Não

ANEXO G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Segurança Alimentar e Nutricional

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Universidade Federal Fluminense – IBGE

Título do Estudo: Variação de Insegurança Alimentar e Nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas no período de 2005 a 2009 em Duque de Caxias.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PARA ADOLESCENTES e ADULTOS (INDIVIDUAL)

Este documento lhe dará informações e pedirá o seu consentimento para participar de uma pesquisa desenvolvida por um grupo de pesquisadores Instituto de Nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense, Instituto Nacional do Câncer e IBGE.

O estudo pretende avaliar possíveis associações da alimentação e estado nutricional com alterações na saúde como a hipertensão (pressão alta), dos moradores do segundo distrito de Duque de Caxias. Ela será realizada através de questionários com perguntas sobre a alimentação, saúde e informações condições de moradia, renda familiar, idade entre outras, e de exames complementares (medida do peso, altura e pressão sanguínea).

Sua casa será visitada por entrevistadores, identificados com uso de crachá. Eles aplicarão um questionário com as crianças, os adolescentes e os adultos que morarem na sua casa. Neste dia, o peso, a altura e as medidas das circunferências da cintura e do quadril das pessoas com idade acima de doze anos serão avaliados, através de balanças e fitas próprias para as medidas. Você será informado se estas medidas estão adequadas para sua idade e seu sexo.

Também será avaliada a medida de pressão sangüínea neste dia sendo este procedimento totalmente sem risco para as pessoas, sendo informado logo após a medida da pressão o valor encontrado. Caso sua medida de pressão arterial esteja fora do padrão, você será informado imediatamente e receberá informações de como proceder para procurar um serviço de saúde para ajuda de um profissional especializado. Se você quiser, poderá entrar em contato com os profissionais de nutrição no telefone que consta no final do impresso que está escrito o valor do peso, da altura e da sua pressão sanguínea, para obter maiores informações.

Garantimos que todos os procedimentos que serão realizados, ou seja, medida de peso, altura, pressão arterial, não oferecerão riscos para a sua saúde.

Esclarecemos ainda que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da sua participação no estudo. Sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você pode decidir não participar desse estudo ou desistir de participar a qualquer momento.

As informações coletadas serão mantidas em sigilo e não serão divulgadas em qualquer hipótese, sendo os resultados apresentados em conjunto, não sendo possível a identificação das pessoas que participaram do estudo.

Com Quem Você Deve Entrar em Contato em Caso de Dúvida:

Se você tem alguma questão ou dúvidas sobre a pesquisa você pode entrar em contato com a Dra. Rosana Salles da Costa no Instituto de Nutrição, Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número, Centro de Ciências da Saúde, Bloco J, 2º andar, telefone: 21-2562-6679, ou por e-mail: rosana_salles@terra.com.br

Suas dúvidas podem também ser enviadas para o Comitê de Ética do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da UFRJ, Praça Jorge Machado Moreira,100. Cidade Universitária – Ilha do Fundão/Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 2598-9328 - www.iesc.ufrj.br.

Declaração de Consentimento:

Declaro que li e entendi o documento de consentimento e o objetivo do estudo, bem como seus possíveis benefícios e riscos. Tive oportunidade de perguntar sobre o estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Entendo que estou livre para decidir não participar desta pesquisa.

Receberei uma cópia assinada e datada deste documento.

_____

Nome do Participante

_____

Assinatura do Participante (ou seu representante legal)

Data:_____

Atenção – para os adolescentes de 12 a 17 anos, o responsável deverá assinar.

_____

Assinatura da pessoa que explicou o consentimento informado
Data:_____

Coordenação: Dra. Rosana Salles da Costa – Av. Brigadeiro Trompowsky, s/número. Centro de Ciências da Saúde. Instituto de Nutrição, 2º andar – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tel: 2562-6679.

ANEXO H – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº73 /2009
PROCESSO Nº01/2009

Projeto de Pesquisa: Variação de insegurança alimentar e nutricional, do consumo dietético e de medidas antropométricas no período de 2005 a 2009 em Duque de Caxias".

Pesquisador: Rosana Salles da Costa

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolve APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está à disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 18 de maio de 2009.

Marisa Palácios
Coordenadora CEP/NESC

Recebido em 03/07/2009
Juliana Porto

Instituto de Estudos de Saúde Coletiva-CCS/UFRJ
Praça Jorge Machado Moreira, 100 - Cidade Universitária
Ilha do Fundão – Rio de Janeiro, RJ
CEP: 21.941-598 - Rio de Janeiro –
Tel:(021) 2598 9328 Tel/Fax:(021) 2270 0097
e-mail: cep@nesc.ufrj.br