Proposta Metodológica para a Avaliação da Insegurança Alimentar em Portugal

Methodological Proposal to Assess Household Food Insecurity in Portugal

MARIA JOÃO GREGÓRIO[1]; PEDRO GRAÇA[1,2]; PAULO JORGE NOGUEIRA[2,3]; SÉRGIO GOMES[2]; CRISTINA ABREU SANTOS[2]; JOÃO BOAVIDA[4]

RESUMO

Nas sociedades contemporâneas, as desigualdades sociais têm sido apontadas com um dos principais desafios actuais, apresentando repercussões consideráveis ao nível da saúde das populações. De facto, a Insegurança Alimentar, enquanto uma situação que existe quando se verificam dificuldades no acesso a alimentos nutricionalmente adequados devido a factores de ordem socioeconómica, parece ser um factor de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas. É neste contexto que a monitorização da Segurança Alimentar das populações se destaca como uma estratégia de ordem prioritária para as políticas de alimentação e nutrição. O presente trabalho pretende apresentar uma proposta metodológica para a avaliação da Segurança Alimentar na população portuguesa. O carácter multidimensional deste conceito coloca inúmeros desafios quando se pretende avaliar esta condição em agregados familiares. Em Portugal, a par do que tem acontecido no contexto Europeu, poucos estudos têm sido realizados neste âmbito, não existindo por isso ainda um instrumento validado para avaliar esta condição na população portuguesa. Porém, desde 2011, que a Direcção-Geral da Saúde tem procurado monitorizar e avaliar a Segurança Alimentar na população portuguesa. Este sistema de monitorização – o INFOFAMÍLIA – tem sido replicado com uma periodicidade anual numa amostra da população portuguesa com abrangência nacional, e utiliza uma escala psicométrica de Insegurança Alimentar, adaptada da "Escala Brasileira de Insegurança Alimentar" e originalmente desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos. Estamos em crer que este é um método com uma elevada relação custo-benefício que permite fazer um diagnóstico da situação de Segurança Alimentar, tanto a nível nacional como local, permitindo simultaneamente avaliar as tendências ao longo do tempo, bem como identificar os seus principais determinantes e grupos de risco.

PALAVRAS-CHAVE: Escalas psicométricas, Insegurança Alimentar, Portugal

ABSTRACT

In modern societies, social inequalities have being considered as one of the main current challenges, with largely impacts on populations' health. Indeed, food insecurity as a situation that exist when there are difficult in the access to healthy foods due to economic constraints, seems to be a risk factor for non-communicable diseases. In that sense, the monitoring of populations' Food Security becomes one priority strategy in the food and nutrition policies scope. This work aims to present a methodological proposal for the evaluation of Food Security situation in the Portuguese population. The multidimensional character of this concept implies several challenges when we intend to assess this condition in households. In Portugal, as in other European countries, few studies have been conducted in this field, and there is any validated tool to assess this condition in the Portuguese population. However, since 2011, the Directorate-General of Health, have been looking to monitor and evaluate Food Security in the Portuguese population. This monitoring system – INFOFAMÍLIA – have been replicated annually in a sample of Portuguese population, at nationwide, and use a psychometric household food insecurity scale, adapted from the Brazilian Food Insecurity Scale, and originally developed by the United States Department of Agriculture. We believe that this tool have a high cost-benefit, enabling the Food Security diagnosis, at national and local level, allowing at the same time, evaluate time trends and identify its main determinants and groups at-risk of food insecurity.

KEYWORDS: Food Insecurity, Portugal, Psychometric scales

[1]Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto,
Rua Dr. Roberto Frias, s/n
4200-465 Porto, Portugal

[2]Direcção-Geral da Saúde,
Alameda D. Afonso Henriques, n.º45
1049-005 Lisboa, Portugal

[3]Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa,
Av. Professor Egas Moniz
1649-028 Lisboa, Portugal

[4]Câmara Municipal de Lisboa,
Praça do Município
1149-014 Lisboa, Portugal

Endereço para correspondência:
Pedro Graça
Direcção-Geral da Saúde,
Alameda D. Afonso Henriques, n.º45
1049-005 Lisboa, Portugal
pedrograca@dgs.pt

Recebido a 7 de Junho de 2014
Aceite a 18 de Junho de 2014

INTRODUÇÃO

Na região europeia, a preocupação com o risco aumentado dos fenómenos da pobreza e das desigualdades sociais tem merecido especial atenção no actual contexto de crise económica. Apesar de Portugal, nas últimas décadas, ser já um dos países europeus com indicadores mais elevados ao nível da desigualdade na distribuição de rendimento e taxas mais elevadas de risco de pobreza monetária, os dados do último "Inquérito às Condições de Vida e Rendimento" (EU-SILC), realizado em 2013, sugerem um agravamento destes indicadores para a população portuguesa desde 2009. De acordo com estes dados, em 2012, a população portuguesa residente em situação de risco de pobreza (proporção de habitantes com rendimentos anuais por adulto inferiores a 4904€ em 2012, cerca de 409€ por mês) era de 18,7%. No que diz respeito à distribuição dos rendimentos, os 20% da população em melhor situação económica apresentavam cerca de 6,0 vezes o rendimento dos 20% da população com pior situação económica. No mesmo período de análise, o coeficiente de Gini, um dos indicadores de desigualdade na distribuição do rendimento mais utilizados a nível internacional, registou um valor de 34,2%, evidenciando um considerável distanciamento entre os mais ricos e os mais pobres em Portugal (1).

Por outro lado e mais recentemente, sabe-se que situações de vulnerabilidade socioeconómica estão

associadas a níveis de saúde consideravelmente mais baixos. Assim, é neste contexto, que o actual crescendo das desigualdades sociais e o seu impacto na saúde e no acesso e/ou consumo de alimentos tem vindo a ganhar expressão nas agendas das políticas de saúde a nível europeu. De facto, os mais recentes documentos estratégicos que orientam a definição de políticas alimentares e nutricionais nas sociedades Europeias, tanto ao nível da Organização Mundial de Saúde (OMS) como da Comissão Europeia (CE), consideram a redução das desigualdades sociais na saúde e a garantia da Segurança Alimentar das populações como objectivos prioritários (2-6).

Na língua portuguesa, o termo Segurança Alimentar tem sido utilizado e traduzido tanto para designar o conceito de *food safety* como o conceito de *food security*. Assim, importa desde já clarificar as diferenças existentes inerentes à definição de cada um destes conceitos. A discussão política em torno do conceito de Segurança Alimentar, enquanto *food security*, teve início após a Primeira Guerra Mundial. Contudo, ganhou uma maior expressão durante a década de 70, aquando da crise alimentar global, quando as organizações internacionais se centraram na garantia da disponibilidade de alimentos e da estabilidade dos seus preços. O conceito de *food security*, foi assim definido pela primeira vez em 1974, na Conferência Mundial de Alimentação, como a "disponibilidade permanente de adequado abastecimento mundial de géneros alimentícios básicos para manter uma expansão regular do consumo alimentar e compensar as flutuações da produção e preços" (7). Assumindo-se actualmente como um conceito multifacetado, o conceito de Segurança Alimentar foi incorporando ao longo das últimas décadas múltiplas dimensões. Para além da disponibilidade de alimentos, a garantia da Segurança Alimentar (*food security*) de uma população implica a garantia de condições de acesso físico e económico aos alimentos, a garantia da adequação nutricional dos alimentos bem como da higiossanidade dos mesmos, a garantia da estabilidade no acesso aos alimentos, e, por último, considera também a importância da sustentabilidade social, cultural e ambiental das estratégias que visem garantir a Segurança Alimentar (*food security*) (8-10). Actualmente, este conceito é internacionalmente reconhecido como "uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida activa e saudável" (9, 11). Por outro lado, o conceito de *food safety* ganhou notoriedade mais tardiamente (década de 90 do século XX), no seguimento das crises alimentares que ocorreram nos anos 90, como a da BSE em 1996, que contribuíram para que as questões da higiossanidade dos alimentos dominassem o centro da discussão no âmbito das políticas agrícolas e alimentares europeias durante esse período (12, 13). Este conceito é assim definido como "a garantia que um alimento não causará dano ao consumidor – através de perigos biológicos, químicos ou físicos – quando é preparado e/ou consumido de acordo com o seu uso esperado" (14). Considerando a sua definição mais abrangente, o termo – Insegurança Alimentar (*food insecurity*) – é habitualmente utilizado nos estudos ou situações onde o acesso ao alimento é reduzido, inadequado do ponto de vista nutricional ou até inexistente (fome), tal como no presente estudo.

A Insegurança Alimentar assume-se assim como um problema central na área da saúde pública na medida em que as famílias em situação de Insegurança Alimentar, podem por um lado, apresentar mais frequentemente uma ingestão insuficiente de nutrientes (nomeadamente ferro, cálcio e vitamina C), que por sua vez está associada a situações de doença aguda, tais como anemia, menor capacidade do sistema imunológico ou défices cognitivos e de aprendizagem em crianças (15-17). Por outro lado, vários são os estudos que demonstram que a Insegurança Alimentar é um importante factor de risco para as doenças crónicas (18), sendo que os indivíduos em situação de Insegurança Alimentar parecem possuir um risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares e obesidade (19-22). Na verdade, nas sociedades ocidentais existe uma forte evidência científica que sugere uma associação consistente entre Insegurança Alimentar, a obesidade e outras doenças crónicas associadas a hábitos alimentares inadequados. O gradiente socioeconómico que se observa no consumo alimentar parece estar intimamente implicado nesta associação (23, 24). De facto, o baixo nível educacional e a baixa literacia em saúde em conjugação com as restrições económicas tipicamente comuns nos agregados familiares em situação de Insegurança Alimentar, parecem ter implicações significativas na qualidade da alimentação destes grupos da população. Sabe-se também que as implicações da Insegurança Alimentar vão além da dimensão física da saúde, podendo afectar as suas outras dimensões – saúde mental e social, podendo ser o stresse associado a situações de Insegurança Alimentar um importante mediador neste processo (25). Neste âmbito e no campo da saúde pública, o reforço da vigilância, da monitorização e da avaliação de informação relacionada com o consumo alimentar, estado nutricional, estado de saúde e seus determinantes, nomeadamente em populações vulneráveis do ponto de vista socioeconómico, tem sido apontada como uma estratégia prioritária, tendo em conta que a tomada de decisões e a escolha das melhores estratégias de intervenção pressupõe informação actualizada e de qualidade (2, 26). Neste sentido, Portugal, tem implementado, desde 2011, um sistema de monitorização e avaliação da situação de Segurança Alimentar da população portuguesa, o INFOFAMÍLIA – Estudo de Avaliação da Segurança Alimentar e outras questões de saúde relacionadas com condições socioeconómicas, em agregados familiares portugueses.

É assim objectivo do presente trabalho apresentar a proposta metodológica para a avaliação da Segurança Alimentar da população portuguesa utilizada pelo estudo INFOFAMÍLIA.

METODOLOGIA

O presente artigo descreve o processo de construção de um método para avaliar níveis de Segurança Alimentar em agregados familiares da população portuguesa. Na literatura, estão descritos vários métodos de avaliação da Segurança Alimentar (*food security*) que são frequentemente utilizados em inquéritos nacionais: a) método utilizado pela *Food and Agriculture Organization* (FAO), que utiliza a disponibilidade energética diária *per capita*, a nível nacional, com recurso aos dados dos inquéritos aos orçamentos familiares, como forma de avaliação indirecta da Segurança Alimentar; b) dados de natureza socioeconómica, nomeadamente os indicadores de pobreza que têm por base o rendimento e os gastos familiares em bens alimentares e outras necessidades básicas, de modo a identificar indivíduos ou agregados familiares vulneráveis do ponto de vista socioeconómico, e que por isso podem estar em risco de Insegurança Alimentar; c) dados referentes ao consumo alimentar obtidos através da realização de estudos populacionais com aplicação de inquéritos ao consumo alimentar nas 24 horas anteriores ou questionários de frequência alimentar; d) dados antropométricos de modo a avaliar a prevalência de desnutrição e, por fim, e) escalas psicométricas que avaliam a auto-percepção individual acerca das condições de acesso aos alimentos ao nível dos agregados familiares (27, 28). Tendo em conta que a implementação de um sistema de monitorização e de avaliação deve permitir de forma rápida e regular diagnosticar a situação de Segurança Alimentar e sua evolução ao longo do tempo, optou-se pela utilização de medidas de avaliação directas desta condição, de modo a permitir que esta ferramenta seja ágil do ponto de vista de recolha de dados e sua actualização.

RESULTADOS

Considerando que este artigo tem como objectivo central apresentar uma proposta metodológica para a avaliação da Segurança Alimentar da população portuguesa, os resultados aqui apresentados correspondem à descrição do instrumento utilizado para avaliar a Insegurança Alimentar no estudo INFOFAMÍLIA. O estudo INFOFAMÍLIA é um estudo de abrangência nacional, realizado nas cinco Regiões de Saúde de Portugal Continental (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), com uma periodicidade anual desde o ano de 2011. Este sistema de monitorização é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde e a população em estudo corresponde aos utentes atendidos no local de trabalho dos "enfermeiros sentinela" (Centro de Saúde, Domicílio ou outro).

Uma proposta metodológica para avaliar a Insegurança Alimentar em Portugal

Para o estudo INFOFAMÍLIA desenvolvemos um questionário que é constituído por três partes distintas: (1) dados de caracterização socioeconómica e demográfica; (2) escala de Insegurança Alimentar; (3) algumas questões adicionais.

1. Caracterização Socioeconómica e Demográfica

A parte 1 do questionário incluiu questões relacionadas com as características socioeconómicas e demográficas do inquirido e do agregado familiar. Esta parte inicial do questionário englobou também dados indicadores do estado nutricional do inquirido e questões relacionadas com o comportamento de consumo alimentar do agregado familiar. As variáveis socioeconómicas e demográficas estão presentes no questionário em anexo.

2. Escala de Insegurança Alimentar

A metodologia utilizada para a avaliação da condição de Segurança Alimentar das famílias portuguesas corresponde a uma Escala de Insegurança Alimentar

adaptada da "Escala Brasileira de Insegurança Alimentar" (29, 30), originalmente desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) (31). A Escala de Insegurança Alimentar utilizada neste estudo é composta por 14 questões fechadas de resposta do tipo sim ou não referentes aos últimos 3 meses. Nesta escala, 9 itens são relativos aos membros adultos do agregado familiar e 6 às crianças. Optou-se por utilizar uma adaptação da Escala Brasileira pelo facto de já estar validada para a língua portuguesa. Para a análise dos resultados da aplicação da escala, os agregados familiares são classificados de acordo com a sua condição de Segurança Alimentar em 4 categorias – Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Ligeira, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave, descritas na Tabela 1. A pontuação final resulta do somatório das respostas afirmativas às perguntas da escala (Tabela 2).

3. Questões adicionais

Para além da Escala de Insegurança Alimentar, incluíram-se nesta parte do inquérito mais 5 questões adicionais referentes à percepção do inquirido acerca de alterações no padrão alimentar. Foram também incluídas 4 questões que permitem avaliar a percepção do inquirido face às alterações nas condições de acesso a serviços de saúde por razões económicas.

A aplicação deste questionário tem uma duração média de 15 minutos, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade de todos os dados fornecidos pelos inquiridos. Este questionário foi alvo de um estudo de validação realizado na área metropolitana do Porto. A selecção da área geográfica teve por base critérios de conveniência e, relativamente à metodologia utilizada, esta foi desenhada tendo em conta os critérios de validação propostos por Frongillo e Pérez-Escamilla (30, 32). Este estudo foi conduzido nos mesmos locais de recolha de dados do estudo INFOFAMÍLIA, ou seja, nos Centros de Saúde, sendo por isso utilizada a mesma população. Verificaram-se níveis aceitáveis para a consistência interna da escala de Insegurança Alimentar utilizada, calculados com recurso ao coeficiente α de Cronbach. Os resultados deste estudo também apontam para uma boa validade externa da escala, uma vez que se verificaram correlações entre o *score* de Insegurança Alimentar e as seguintes características socioeconómicas: rendimento mensal do agregado familiar, rendimento mensal do agregado familiar *per capita*, nível educacional do inquirido e número de elementos desempregados do agregado familiar.

TABELA 1: Descrição da situação de Segurança Alimentar

Situação de Segurança Alimentar	Descrição
Segurança Alimentar	Os membros do agregado familiar têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Ligeira	Os membros do agregado familiar reportam preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade inadequada dos alimentos* resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança Alimentar Moderada	Os membros do agregado familiar reportam redução quantitativa de alimentos entre os adultos ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança Alimentar Grave	Os membros do agregado familiar reportam redução quantitativa de alimentos entre as crianças ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica um dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010
* Esta definição baseia-se na auto-percepção que os indivíduos detêm perante o facto de todos os elementos do agregado familiar conseguirem ter ou não uma alimentação saudável e variada.

TABELA 2: Classificação dos agregados familiares em categorias de Segurança Alimentar

Classificação	Pontos de corte para os agregados familiares	
	Com menores de 18 anos	Sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Ligeira	1 – 5	1 – 3
Insegurança Alimentar Moderada	6 – 9	4 – 5
Insegurança Alimentar Grave	10 - 14	6 – 8

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tomada de decisões no âmbito das políticas de alimentação e nutrição exige a implementação de sistemas de informação capazes de fornecer informação de qualidade e actualizada no que diz respeito ao consumo alimentar, sua evolução e sua relação com perfis socioeconómicos e demográficos da população. Partindo deste pressuposto e considerando que a redução das desigualdades sociais se configura como um dos principais desafios das políticas de saúde actuais, julgou-se pertinente monitorizar e avaliar a situação de Segurança Alimentar na população portuguesa. Neste sentido, foi tida em conta que a implementação de um sistema de informação nesta área deveria ser de aplicação simples, capaz de permitir de forma rápida e sistemática diagnosticar a situação, a sua evolução ao longo do tempo, bem como contribuir para a identificação dos factores associados e grupos de risco. Mais ainda, uma ferramenta para avaliar a Segurança Alimentar deve ser ágil do ponto de vista da recolha de dados e sua actualização, evitando assim o habitual desfasamento temporal entre a recolha e a divulgação dos resultados (26).

Até muito recentemente, Portugal não possuía um sistema de monitorização e de avaliação regular da Segurança Alimentar, o qual veio a ser concretizado em 2011 com a implementação do INFOFAMÍLIA. De facto, este estudo foi desenhado de modo a permitir fazer um diagnóstico rápido da situação Segurança Alimentar da população portuguesa, através da realização de um inquérito de saúde junto dos utentes do serviço nacional de saúde, assente na estrutura da linha Saúde 24 com a colaboração dos seus enfermeiros. De facto, em Portugal até à data poucos estudos foram realizados com este objectivo, não existindo um instrumento de avaliação directa e validado para avaliar a situação de Insegurança Alimentar especificamente para a população portuguesa. Em Portugal, o primeiro estudo exploratório sobre a situação de Insegurança Alimentar foi realizado em 2003 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) - "Uma Observação sobre "Insegurança Alimentar" (33). Porém, também o último Inquérito Nacional de Saúde de 2005-2006 incluiu a recolha de dados relativos à situação de Insegurança Alimentar da população portuguesa. Por outro lado, os Inquéritos Nacionais de Saúde possuem uma periodicidade de recolha de dados de 4 em 4 anos (34).

O carácter abrangente e multifacetado do conceito de Segurança Alimentar coloca grandes desafios quando se pretende avaliar esta condição em agregados familiares. De entre os diversos métodos descritos na literatura, optou-se por utilizar uma escala psicométrica de Insegurança Alimentar adaptada da "Escala Brasileira de Insegurança Alimentar", pelo facto de já estar validada para a língua portuguesa. Estas escalas foram desenvolvidas inicialmente pelo USDA (27, 31, 35-37), na década de 90 do século XX e desde então têm sido amplamente adaptadas, validadas e utilizadas no âmbito de estudos de abrangência nacional por diversos países a nível mundial (30, 31, 38-44). Deste modo, parece existir evidência suficiente para considerar estas ferramentas adaptadas a diferentes contextos socioeconómicos e culturais uma vez que a sua utilização tem sido amplamente validada para diversos países (27, 28, 32). A utilização

destes instrumentos tem a vantagem de avaliar directamente o fenómeno da Insegurança Alimentar a partir da auto-percepção que os indivíduos detêm no que diz respeito à Insegurança Alimentar, englobando as várias dimensões subsequentes desta condição (desde a dimensão psicossocial relacionada com a preocupação com a possibilidade de existir falta de alimentos no agregado familiar devido a factores de ordem económica, a insegurança perante o comprometimento da qualidade da alimentação, porém sem que haja restrição quantitativa, até à situação em que os agregados familiares passam por períodos de restrição ao nível da quantidade de alimentos por limitações financeiras). São também instrumentos extremamente simples, de fácil aplicação nomeadamente por diversos profissionais, de compreensão universal e apresentam ainda uma excelente relação custo-efectividade. Optou-se por utilizar uma metodologia diferente das utilizadas nos estudos anteriormente realizados para avaliar a Segurança Alimentar em Portugal, uma vez que os instrumentos utilizados nestes estudos não eram capazes de medir todas as dimensões que o conhecimento teórico sobre o processo de Insegurança Alimentar reflecte.

Assim, podemos considerar que:

1) É necessária uma monitorização frequente das interacções entre a situação económica das famílias e a sua saúde, pelo que a selecção dos métodos para avaliar a Segurança Alimentar das populações deve ter em conta a necessidade de utilizar instrumentos que permitam a sua aplicação com uma periodicidade regular.

2) A utilização de métodos de avaliação directa da Insegurança Alimentar (escalas psicométricas) parece constituir um método simples, de fácil aplicação e com um baixo custo associado, permitindo assim uma monitorização regular desta situação em estudos populacionais de abrangência nacional.

3) A aplicação deste questionário deve estar enquadrada num conjunto de condições adequadas que permita a obtenção de respostas francas e honestas, garantindo sempre o anonimato e confidencialidade de todas as informações fornecidas pelos inquiridos.

4) Sabendo que a Insegurança Alimentar está directamente relacionada com outros factores socioeconómicos e de composição do agregado familiar, é importante que estas escalas de avaliação da Insegurança Alimentar sejam parte integrante de instrumentos de recolha de dados que contemplem variáveis socioeconómicas, culturais e outras que sejam pertinentes para uma caracterização mais abrangente dos factores que afectam a Segurança Alimentar dos agregados familiares.

5) Por outro lado, apesar das inúmeras vantagens descritas na literatura decorrentes da utilização deste tipo de instrumentos, é importante considerar também as suas limitações aquando da interpretação dos dados obtidos por este sistema de monitorização da situação de Insegurança Alimentar da população portuguesa. Destaca-se o facto destas escalas representarem uma medida subjectiva de avaliação da situação de Insegurança Alimentar. Os resultados obtidos pela aplicação deste tipo de instrumentos podem ser afectados pela auto-percepção individual do risco de Insegurança Alimentar, que no actual contexto de instabilidade socioeconómica pode ser um factor relevante.

6) O facto da amostra utilizada no estudo INFOFAMÍLIA ser uma amostra de utentes que recorrem aos cuidados de saúde primários e por isso uma amostra não representativa da população portuguesa, deve ser considerada como uma limitação deste estudo, não podendo os dados por ele obtidos serem extrapolados livremente para a população portuguesa.

7) A proposta aqui apresentada, de uma metodologia para avaliar a situação de Segurança Alimentar dos agregados familiares portugueses, tem objectivos de ordem preventiva, funcionando como um sistema de alerta. A informação recolhida deverá ser integrada com outro tipo de informações já existentes, permitindo fazer recomendações sólidas de saúde pública para que sejam desenvolvidas medidas adequadas em tempo útil.

8) Destaca-se ainda o papel que os sistemas regionais de protecção social disponíveis a nível autárquico e a nível das instituições de solidariedade social podem desempenhar ao nível da monitorização da Segurança Alimentar das suas populações. Embora as autarquias não tenham nas suas atribuições legais competências directas ao nível dos cuidados de saúde, têm vindo a assumir-se cada vez mais como agentes activos no desenvolvimento de políticas promotoras de estilos de vida saudável e prevenção de riscos em saúde. Para além das competências directas dos municípios em matérias relacionadas com os determinantes de saúde, destaca-se a sua acção ao nível da cooperação intersectorial entre os municípios, os diversos agentes de saúde e as entidades da sociedade civil; no desenvolvimento de projectos de intervenção de base local, de que são exemplo, entre outros, os diversos programas de aproveitamento de excedentes alimentares na tentativa de solucionar problemas de carência alimentar; e na elaboração de diagnósticos e planos de desenvolvimento social, com uma forte componente de saúde, e na elaboração de perfis e planos municipais de saúde, respectivamente, no âmbito do Programa da Rede Social e da Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis. Assim, as autarquias podem ter um papel crucial no aprofundamento da informação sobre factores de risco e de protecção em saúde, e o diagnóstico ao nível do pequeno território, que permita percepcionar as desigualdades na saúde e na distribuição dos recursos.

9) Por último, estamos em crer que estas escalas de medida directa da Insegurança Alimentar fornecem informações estratégicas para a gestão de políticas e programas, permitindo identificar grupos em risco de Insegurança Alimentar bem como os seus determinantes e consequências.

CONCLUSÕES

O método descrito apresenta-se como uma forma rápida, simples de aplicar, fiável e de rápida leitura de resultados que permite uma avaliação com qualidade do estado de Insegurança Alimentar das famílias a nível nacional. A obtenção deste tipo de dados ao nível local, regional ou mesmo nacional permite, em tempo útil, a avaliação do grau de Insegurança Alimentar e factores associados e, paralelamente, a articulação de uma resposta das autoridades competentes. Para além dos cuidados de saúde, também os sistemas regionais de protecção social disponíveis a nível autárquico e as diferentes instituições de solidariedade social podem desempenhar um papel importante ao nível da avaliação, monitorização e intervenção precoce neste tipo de situações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Rendimento e Condições de Vida 2013 (Dados Provisórios). 2014.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014-2020. Copenhagen; 2013.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016 [Internet]. Copenhagen; 2011. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf.
4. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century [Internet]. Copenhagen; 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
5. European Commission. Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth [Internet]. Brussels; 2010. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF.
6. ULC Institute of Health Equity. Health inequalities in the EU - Final report of a consortium Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers [Internet]. 2013. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.
7. United Nations. Report of the World Food Conference, Rome, 5-16 November 1974. New York; 1975. [actualizado em: November 1974].
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations. World Food Security: a Reappraisal of the Concepts and Approaches. Rome: Director General´s Report; 1983.
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. World Food Summit [Internet]. Rome, Italy; 1996. 13-17. Disponível em: http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm.
10. World Bank. Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries. Washington DC; 1986.
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Insecurity in the World 2001. Rome; 2002.
12. Vos E. EU food safety regulation in the aftermath of the BSE crisis. Journal of Consumer Policy. 2000; 23:227-55.
13. European Commission. Consumer policy in the European Community – An overview. Brussels; 1999.
14. Joint FAO/WHO Food Standards Programme. Codex Alimentarius Commission. Rome; 2003.
15. Cook JT, Frank DA, Berkowitz C, Black MM, Casey PH, Cutts DB, et al. Food insecurity is associated with adverse health outcomes among human infants and toddlers. The Journal of Nutrition. 2004; 134(6):1432-8.
16. Cook JT, Frank DA, Casey PH, Rose-Jacobs R, Black MM, Chilton M, et al. A brief indicator of household energy security: associations with food security, child health, and child development in US infants and toddlers. Pediatrics. 2008; 122(4):e867-75.
17. Eicher-Miller HA, Mason AC, Weaver CM, McCabe GP, Boushey CJ. Food Insecurity is Associated with Iron Deficiency Anemia in U.S. Adolescents. The American Journal of Clinical Nutrition. 2009; 90:1358-71.
18. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is

associated with chronic disease among low-income NHANES participants. The Journal of Nutrition. 2010; 140(2):304-10.
19. Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, Gossett JM, Robbins JM, Simpson PM, et al. Household Food Insecurity Is Associated with Adult Health Status. The Journal of Nutrition. 2004; 134:2330-35.
20. Dinour LM, Bergen D, Yeh M-C. The Food Insecurity-Obesity Paradox: A Review of the Literature and the Role Food Stamps May Play. Journal of the American Dietetic Association. 2007; 107(11):1952-60.
21. Gundersen C, Kreider B, Pepper J. The Economics of Food Insecurity in the United States. Applied Economic Perspectives and Policy. 2011; 33(3):281-303.
22. Seligman HK, Bindman AB, Vittinghoff R, Kanaya AM, Kushel MB. Food Insecurity is Associated with Diabetes Mellitus: Results from the National Health Examination and Nutritional Examination Survey 1999–2002. Journal of General Internal of Medicine. 2007; 22(7):1018-23.
23. Galobardes B, Morabia A, Bernstein MS. Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter? International Journal of Epidemiology. 2001; 30:334-40.
24. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? American Journal of Clinical Nutrition. 2008; 87:1107-17.
25. Whitaker RC, Philips SM, Orzol SM. Food Insecurity and the Risks of Depression and Anxiety in Mothers and Behavior Problems in their Preschool-Aged Children. Pediatrics. 2006; 118(3):e859-e68.
26. Graça P, Gregório MJ. A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. Revista Nutrícias. 2013; 18:26-29.
27. Frongillo EA. Validation of Measures of Food Insecurity and Hunger. The Journal of Nutrition. 1999; 129:506S-09S.
28. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM. Food insecurity measurement and indicators. Revista Nutrição. 2008; 21:15s-26s.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010.
30. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Maranha LK, Sampaio MFA, Marín-León L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module is a valid tool ofr assessing household foor insecurity in Campinas, Brazil. The Journal of Nutrition. 2004; 134:1923-28.
31. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Measuring Food Security in the United States: Guide to measuring household food security. USA: USDA, Office of Analysis, Nutrition and evalutation; 2000.
32. Webb P, Coates J, Frongillo EA, Rogers BL, Swindale A, Bilinsky P. Measuring Household Food Insecurity: Why It´s So Important and Yet So Difficult to Do. The Journal of Nutrition. 2009:1404S-08S.
33. Branco MJ, Nunes B, Cantreiras T. Uma Observação sobre "Insegurança Alimentar". Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003.
34. Álvares LMM. Factors associated with food insecurity in the Portuguese population. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2013.
35. Rose D, Basiotos PP. Improving federal efforts to assess hunger and food insecurity. Food Review. 1995; 18(1):18-23.
36. Radimer K. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutrition. 2006; 5(6A):859-64.
37. Radimer KL, Olson CM, Greene JC, Campbell CC, Habicht J-P. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. Journal of Nutrition Education. 1992; 24(1):36S-44S.
38. Studdert LJ, Frangillo EA, Valois P. Household food insecurity was prevalent in Java during Indonesia´s economic crisis. The Journal of Nutrition. 2001; 131(10):2685-91.
39. Pérez-Escamilla R, Ferris AM, Drake L, Haldeman L, Peranick J, Camobell M. Food stamps are associated with food security and dietary intake of inner-city preschoolers from Hartford. The Journal of Nutrition. 2000; 130(11):2711-77.
40. Segall-Corrêa AM, Perez-Escamilla R, Maranha LK, Sampaio MF, Marin L, Panigassi G. Insegurança Alimentar em Campinas, Inquérito Base Populacional - Relatório de Pesquisa. Campinas, SP; 2003.
41. Kneuppel D, Demment M, Kaiser L. Validation of the Household Food Insecurity Access Scale in rural Tanzania. Public Health Nutrition. 2009; 13(3):360-67.
42. Shoae NZ, Omidvar N, Ghazi-Tabatabaie M, Rad AH, Fallah H, Mehrabi Y. Is the adapted Radimer/Cornell questionnaire valid to measure food insecurity of urban households in Tehran, Iran? Public Health Nutrition. 2007; 10(8):855-61.
43. Mohammadi F, Omidvar N, Houshiar-Rad A, Khoshfetrat M-R, Abdollahi M, Mehrabi Y. Validity of an adapted Household Food Insecurity Access Scale in urban households in Iran. Public Health Nutrition. 2011; 15(1):149-57.
44. Hackett M, Melgar-Quinonez H, Uribe MCA. Internal validity of a household food security scale is consistent among diverse populations participating in a food supplement program in Colombia. BMC Public Health. 2008; 8(175).

QUESTIONÁRIO:

"Avaliação da Insegurança Alimentar em Agregados Familiares em Portugal"

Direção-Geral da Saúde

Os dados contidos neste registo são anónimos e não podem ser tornados públicos de forma individualizada em nenhuma circunstância.
Serão utilizados apenas com fins estatísticos de saúde pública.

PARTE 1 - DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Número (campo automático)

1. Idade _____

2. Género ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Peso (em kg) _____

4. Altura (em cm) _____

5. Nível de instrução concluído

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Sabe ler sem ter frequentado a escola
- ☐ Ensino Básico - 1.º ciclo
- ☐ Ensino Básico - 2.º ciclo
- ☐ Ensino Básico - 3.º ciclo
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior
- ☐ Desconhecido

6. Situação profissional

- ☐ Ativo
- ☐ Doméstica(o)
- ☐ Estudante
- ☐ Reformado
- ☐ Desempregado
- ☐ Desconhecido

Profissão (se aplicável) _____

7. Distrito de residência _____

8. Concelho de residência _____

9. Nacionalidade

- ☐ Portuguesa
- ☐ Outra. Especifique _____
- ☐ Desconhecida

10. Número de elementos do agregado familiar _____

10.1. Número de elementos do agregado familiar com mais de 65 anos _____

10.2. Número de elementos do agregado familiar desempregados _____

11. Quantas pessoas contribuem para o rendimento familiar? _____

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS NUTRICIONISTAS | WWW.APN.ORG.PT | GERAL@APN.ORG.PT

12. Compra habitualmente os alimentos para o agregado familiar?	☐ Sim	☐ Não	
13. Confeciona habitualmente as refeições para o agregado familiar?	☐ Sim	☐ Não	
14. Existem crianças no agregado familiar com idade até 18 anos?	☐ Sim	☐ Não	
Número de elementos do agregado familiar com idade até 18 anos Especifique: ☐ 0-2 anos ☐ 3-5 anos ☐ 6-9 anos ☐ 10-15 anos ☐ 16-18 anos			
As crianças fazem habitualmente refeições em casa?	☐ Sim	☐ Não	
Especifique: ☐ Pequeno-almoço ☐ Almoço ☐ Lanche ☐ Outra refeição			
15. No seu agregado familiar existem pessoas que fumam todos os dias?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
Se sim, quantas?	_____		
16. De uma forma geral, como considera o seu estado de saúde? ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐ Muito mau ☐ Não sabe			

PARTE 2 - ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR

1. Nos últimos 3 meses, alguma vez se sentiu preocupado(a) pelo facto dos alimentos em sua casa poderem acabar antes que tivesse dinheiro suficiente para comprar mais?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
2. Nos últimos 3 meses, os alimentos em sua casa acabaram antes de ter dinheiro para comprar mais?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
3. Nos últimos 3 meses, os membros do seu agregado familiar ficaram sem dinheiro suficiente para conseguirem ter uma alimentação saudável e variada?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
4. Nos últimos 3 meses, os membros do seu agregado familiar tiveram de consumir apenas alguns alimentos que ainda tinham em casa por terem ficado sem dinheiro?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
5. Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar (idade igual ou superior a 18 anos) deixou de fazer alguma refeição, porque não tinha dinheiro suficiente para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
6. Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar comeu menos do que achou que devia por não ter dinheiro suficiente para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
7. Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar sentiu fome mas não comeu por falta de dinheiro para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
8. Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar, ficou um dia inteiro sem comer ou realizou apenas uma refeição ao longo do dia, por não ter dinheiro suficiente para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
[Responder às questões 9 a 14 apenas se o respondente indicou, na questão 14 – Parte 1, existirem crianças ou adolescentes no agregado familiar com idade até 18 anos]			
9. Nos últimos 3 meses as crianças/adolescentes do seu agregado familiar (idade inferior a 18 anos) não conseguiram ter uma alimentação saudável e variada por falta de dinheiro?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
10. Nos últimos 3 meses as crianças/adolescentes do seu agregado familiar tiveram de consumir apenas alguns alimentos que ainda tinham em casa por terem ficado sem dinheiro?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
11. Nos últimos 3 meses, no geral alguma criança/adolescente do seu agregado familiar comeu menos do que devia por não haver dinheiro para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

12. Nos últimos 3 meses foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de alguma criança/adolescente do seu agregado familiar por não haver dinheiro suficiente para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
13. Nos últimos 3 meses, alguma criança/adolescente do seu agregado familiar deixou de fazer alguma refeição por não haver dinheiro suficiente para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe
14. Nos últimos 3 meses, alguma criança/adolescente do seu agregado familiar sentiu fome mas não comeu por falta de dinheiro para comprar alimentos?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

PARTE 3 - QUESTÕES ADICIONAIS

1. Nos últimos 3 meses, houve no seu agregado familiar alterações no consumo de algum alimento considerado essencial (ex: leite, fruta, legumes, peixe, carne, arroz, batata, massa) devido a dificuldades económicas para a sua aquisição?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

2. Nos últimos 3 meses, quais foram as principais mudanças alimentares no seu agregado familiar devido a dificuldades económicas?

- ☐ Come menos vezes fora de casa
- ☐ Obtém alimentos através de produção própria, de familiares ou outros
- ☐ Recebe alimentos ou outras ajudas externas
- ☐ Outras mudanças no consumo. Especifique _____

3. Vou descrever algumas razões pelas quais as pessoas nem sempre comem o suficiente. Indique se alguma delas se aplica a si:

- ☐ Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos
- ☐ É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos
- ☐ Está em dieta para perda de peso
- ☐ Não tem condições para cozinhar adequadamente (por ex. falta de gás, de eletricidade ou de algum eletrodoméstico)
- ☐ Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde
- ☐ Outra. Especifique _____
- ☐ Não se aplica

4. Vou descrever algumas razões pelas quais as pessoas nem sempre têm os tipos de alimentos que querem ou precisam. Indique se alguma delas se aplica a si:

- ☐ Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos
- ☐ É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos
- ☐ Está em dieta para perda de peso
- ☐ Os alimentos que quer não estão disponíveis
- ☐ Os alimentos de boa qualidade não estão disponíveis
- ☐ Outra. Especifique _____
- ☐ Não se aplica

5. Nos últimos 3 meses, tem comprado alimentos de "marca branca"?	☐ Sem alteração	☐ Diminuiu	☐ Aumentou	☐ Não sabe
6. Nos últimos 3 meses, considera que houve alteração no número de idas ao médico das pessoas do seu agregado familiar, por razões de carências económicas?	☐ Sem alteração	☐ Diminuiu	☐ Aumentou	☐ Não sabe

7. Nos últimos 3 meses, houve uma diminuição na compra de medicamentos no seu agregado familiar, por razões de carências económicas?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe

8. Nos últimos 3 meses, houve um aumento das idas ao psiquiatra e do consumo de medicamentos por ele prescritos, no seu agregado familiar?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe	☐ Não aplicável

9. Nos últimos 3 meses, houve aumento do consumo de medicamentos para dormir, no seu agregado familiar?	☐ Sim	☐ Não	☐ Não sabe