



Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados entre frequentadores de Restaurantes Comunitários do Distrito Federal

Stefanie Eugênia dos Anjos Campos Coelho¹ e Muriel Bauermann Gubert²

O objetivo do estudo foi verificar o nível de Insegurança Alimentar (IA) entre frequentadores dos Restaurantes Comunitários do Distrito Federal (DF) e suas variáveis associadas, além de observar a focalização desta estratégia contribuindo para o planejamento das ações e políticas públicas. Foi realizado nos 11 Restaurantes Comunitários no DF em 2011. O tamanho da amostra representativa dessa população foi calculado em 610 indivíduos. Os instrumentos utilizados foram a Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar e questões socioeconômicas e de percepção do estado de saúde. Observou-se predominância de indivíduos do sexo masculino, trabalhadores e grande parte dos entrevistados pertenciam à classe social C. A Insegurança Alimentar e Nutricional Leve foi verificada em 26,1%, Moderada em 11,7% e Grave em 6,7% dos domicílios dos entrevistados. As prevalências de IA (leve, moderada e grave), sobretudo a IA Grave estavam associadas significativamente a menor renda e escolaridade, participação em programa de transferência de renda, menor frequência nos restaurantes e menor número de refeições realizadas/dia. Verificaram-se altas prevalências de IA (leve, moderada e grave), especialmente a IA Grave no público estudado quando comparadas à situação do Brasil e do DF. O programa idealmente é destinado a indivíduos de baixa renda e famílias em risco de Insegurança Alimentar e Nutricional, porém, no DF grande parte dos frequentadores pertence à classe de rendimento médio.

Palavras-chave: fatores socioeconômicos, programas e políticas de alimentação e nutrição, Segurança Alimentar e Nutricional.

Food Insecurity and associated factors in customers of community restaurants at Distrito Federal

The aim of this study was to determine the level of food insecurity among customers of the community restaurants in the *Distrito Federal* (DF) and its associated variables, in addition to observing the focus of this strategy and to contribute for the planning of actions and public policies. It was conducted in 11 popular restaurants in the DF in 2011. The size of the representative sample of this population was estimated at 610 individuals. The instrument used was formed by the Brazilian Scale of Food Insecurity, socioeconomic issues and perception of health status, and it was applied to a sample of 610 customers of the restaurants. There was predominance of males, workers and economic middle class. The food and nutrition insecurity light was observed in 26.1%, middle in 11.7% and severe in 6.7% of the participants' residences. The prevalence of food insecurity and severe food insecurity were significantly associated with lower incomes, lower level of education,

¹ Mestranda em Nutrição Humana do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília (UnB), DF. Correspondência: Quadra 8, Cl 4, Apto 205, Sobradinho, Brasília, DF. CEP 73005-080. Tel. (61) 8479-4206. E-mail: stefaniecoelho@hotmail.com.

² Professora Adjunta do Departamento de Nutrição, UnB, DF.

participation in cash transfer programs, less often in restaurants and less number of meals/day. High prevalence of food insecurity and severe food insecurity were observed in the studied population compared to the situation in Brazil and DF. The program is ideally designed for low-income individuals and families at risk of food insecurity and nutrition, but in DF most of the customers belongs to the middle-income class.

Key-words: socioeconomic factors, nutrition and food programs and policies, Food and Nutritional Security.

INTRODUÇÃO

A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano e está previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que assegura que o Estado, juntamente com a sociedade, é responsável por prover o alimento ^[1,2]. Apesar de existirem leis que preveem esse direito, a fome e a miséria ainda têm seu lugar na população brasileira ^[3].

O termo usado para designar a realização do direito a uma alimentação de qualidade é Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) que engloba três principais aspectos: quantidade, qualidade e regularidade no acesso aos alimentos ^[4]. Já a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) reflete a não realização deste direito, desencadeada pela condição socioeconômica das famílias ou seus ambientes domiciliares. A IAN pode se apresentar em seus vários níveis, que vai desde a preocupação de que o alimento acabe antes de se ter dinheiro para comprar mais, configurando uma dimensão psicológica da Insegurança Alimentar (IA), passando pela insegurança relativa ao comprometimento da qualidade da dieta, porém ainda sem restrição quantitativa, até chegar ao nível mais grave, chamada de insegurança quantitativa, situação em que a família passa por restrição alimentar para seus membros ^[5]. Sua repercussão abrange desde déficit no desenvolvimento e crescimento infantil até a morte por fome ^[6].

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, o número de indivíduos brasileiros que se encontravam abaixo da linha de miséria no Distrito Federal (DF), com renda domiciliar *per capita* inferior a 1/4 do Salário Mínimo (SM), era de 5,8% da população ^[7]. Apesar de ter a maior renda *per capita* do Brasil, o Distrito Federal apresenta grande desigualdade socioeconômica entre suas cidades satélites ^[8]. Um exemplo dessa discrepância é a

diferença de renda média *per capita* entre as regiões administrativas do Lago Sul (10,8 SM) e Itapoã e Estrutural (0,4 SM) ^[9].

Em 2009, aproximadamente 70% dos domicílios brasileiros estavam em situação de Segurança Alimentar (SA), enquanto 30% apresentavam algum grau de IA sendo que 5% foram classificados com IA Grave (IAG), situação na qual há restrição alimentar com alguma experiência de fome no período investigado. No DF a prevalência de SA é mais elevada (78,8%) e menos de 3% dos domicílios foram considerados com IAG ^[10].

No Brasil, existem políticas públicas voltadas para as populações socialmente vulneráveis. Essas políticas visam garantir o acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente para manter uma vida saudável. A Estratégia Fome Zero foi impulsionada pelo Governo Federal a fim de assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada à população de baixa renda e tem em seu escopo políticas que estimulam desde a produção até o consumo do alimento. Alguns dos equipamentos públicos de combate à IA idealizados na Estratégia Fome Zero e hoje executados dentro das ações sociais do governo são os Restaurantes Populares, Bancos de Alimentos, Cozinhas Comunitárias, Feiras populares e a Educação Alimentar e Nutricional ^[11].

Os Restaurantes Populares têm a finalidade de promover alimentação saudável oferecendo ao público frequentador refeições balanceadas e nutritivas, a preços acessíveis, servidas em locais apropriados e que respeitem as características culturais de sua região. Idealmente, o público frequentador é constituído por trabalhadores de baixa renda, desempregados, estudantes, aposentados, moradores de rua e famílias em risco de IAN ^[12].

Em 2010, no DF existiam 11 Restaurantes Populares, conhecidos na região por Restaurantes

Comunitários. Apenas um deles foi construído com financiamento do Governo Federal, sendo os outros instalados e mantidos pelo Governo local. São localizados nas cidades satélites e em 2010 serviram em média 24 mil refeições diárias [13,14].

Tendo em vista a finalidade dos Restaurantes Comunitários, o público para o qual se destina essa estratégia e a ocorrência de IA no DF, este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência de IA entre frequentadores desses restaurantes e suas variáveis associadas. Possibilitando verificar também a focalização desta estratégia, averiguando se o público frequentador tem perfil compatível com aqueles a quem foi destinada e contribuindo para o planejamento das ações e políticas públicas sociais nesse âmbito.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal com população composta por frequentadores de Restaurantes Comunitários do DF.

O cálculo amostral foi feito pelo programa *Epi Info* e levou em consideração o nível de confiança de 95% e frequência esperada de 6,5% de IAG, considerando a prevalência apontada na PNAD em 2004 [5]. O tamanho da amostra probabilística representativa dessa população foi calculado em 610 indivíduos. O número de usuários entrevistados em cada restaurante foi proporcional à quantidade média de refeições servidas diariamente em cada um deles de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST) do DF para o ano de 2010.

A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e março de 2011 nas 11 unidades de produção de refeições existentes no DF. Cada unidade foi visitada em um dia, exceto duas que tinham maior número amostral e foram necessários dois dias para coleta. Os usuários foram abordados de forma aleatória na saída dos restaurantes.

Foram entrevistados indivíduos de ambos os sexos, que realizaram refeição na unidade no dia da entrevista. Os critérios de exclusão foram: ser funcionário das unidades visitadas e idade inferior a 18 anos, pois era necessário que o entrevistado conhecesse e fosse capaz de responder às questões relativas à dinâmica alimentar do domicílio. Todos os

participantes foram esclarecidos sobre o propósito da pesquisa e consentiram a participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), Universidade de Brasília (UnB), protocolo nº 168/10.

O instrumento aplicado continha a Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) [10], questões socioeconômicas e de percepção de estado de saúde, totalizando 35 perguntas.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a EBIA é um instrumento adequado para diagnosticar os níveis de IA numa população [10]. É composta por quinze perguntas e classifica o domicílio de acordo com a existência de SA ou IA e seus diferentes níveis: Leve (IAL), Moderada (IAM) ou Grave (IAG). A metodologia da escala prevê a construção de um escore, onde é atribuído um ponto para cada resposta positiva. O domicílio é classificado em SA quando a sua pontuação é igual a zero. Existem duas pontuações diferentes para domicílios com e sem crianças. Caso o domicílio tenha apenas moradores maiores de 18 anos será classificado em IAL quando marcar de 1 a 3 pontos, IAM quando 4 a 6 pontos e IAG com 7 a 8 pontos. Nos domicílios com menores de 18 anos a classificação dos níveis de IA em Leve, Moderada ou Grave correspondem a 1 a 5 pontos, 6 a 10 pontos e 11 a 15 pontos, respectivamente.

Os itens relacionados à percepção do estado de saúde e existência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) foram baseados no Inquérito Telefônico para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (VIGITEL) [15]. Foram utilizados os seguintes pontos de corte para a classificação do estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal (IMC): < 18,5 kg/m² (Magreza); 18,5 a 24,9 kg/m² (Eutrofia); 25 a 30 kg/m² (Sobrepeso); > 30 kg/m² (Obesidade) [16].

As questões relacionadas à situação econômica tiveram como base o Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil (CCEB) – 2008, desenvolvido pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). A renda foi definida de acordo com a posse de itens como eletrodomésticos e automóveis e o grau de instrução do chefe de família. O somatório dos pontos permitiu classificar a renda familiar de acordo com classes econômicas (A, B, C, D e E) avaliando o poder de compra das famílias [17].

Além das questões citadas também foi perguntado se o indivíduo participava do programa de transferência de renda Bolsa Família (BF).

Os dados obtidos foram codificados e analisados no programa estatístico *SPSS* versão 17.0 para *Windows*. Para verificar dependência entre as variáveis estudadas aplicou-se o teste χ^2 (Qui-quadrado) e consideraram-se como estatisticamente significante os valores de p menores que 0,05. Foi utilizado o teste χ^2 para verificar dependência entre a situação de SA e as variáveis a seguir: classe social, escolaridade, participa de programa de transferência de renda ou não, número de refeições realizadas por dia e frequência nos Restaurantes Comunitários.

RESULTADOS

Entre os entrevistados predominou o sexo masculino (71,6%) e adultos jovens entre 30 e 39 anos (29,3%). A maior parte das famílias era constituída por um a três moradores (58%) e em 31% das famílias o chefe possuía o ensino médio concluído, enquanto 10,3% dos indivíduos declararam ser o chefe de família analfabeto ou semianalfabeto (Tabela 1).

A classe econômica C era a mais prevalente (50,5%), segundo o CCEB [17]. Em relação à ocupação, os indivíduos em sua maioria declararam possuir algum vínculo empregatício (73%) seja ele formal ou não. Outros 11% estavam desempregados, 9,8% eram aposentados ou pensionistas e 6,3% eram do lar ou estudantes.

Quando questionados sobre a frequência ao Restaurante Popular, aproximadamente 36% afirmaram ir de cinco a seis vezes por semana e apenas 9,4% eventualmente realizavam refeições nesses restaurantes.

Em relação ao local de residência e restaurante frequentado, 62,6% dos indivíduos declararam morar na cidade em que se localizava o restaurante, enquanto 37,4% moravam em cidades vizinhas. Entre aqueles que não residiam na cidade do restaurante, 38,5% ($n = 88$) frequentavam o mesmo cinco a sete dias na semana.

A aplicação da EBIA revelou que 44,5% dos domicílios sofriam algum grau de IA. Observou-se IAL

Tabela 1. Caracterização da amostra dos frequentadores de Restaurantes Comunitários no Distrito Federal, fevereiro/março 2011

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	437	71,6
Feminino	173	28,4
Faixa Etária		
18 a 29 anos	153	25,5
30 a 39 anos	176	29,3
40 a 49 anos	110	18,3
50 a 59 anos	82	13,7
60 a 69 anos	48	8,0
70 anos e mais	31	5,2
Número de moradores		
1 a 3	354	58,0
4 a 6	225	36,9
7 e mais	31	5,1
Escolaridade do Chefe de Família		
Analfabeto/3ª série	63	10,3
4ª série	163	26,7
Fundamental Completo	160	26,2
Médio Completo	189	31,0
Superior Completo	35	5,7
Classes sociais		
A	5	0,8
B	138	22,6
C	308	50,5
D	125	20,5
E	34	5,6
Ocupação		
Trabalha	445	73,0
Desempregado	67	11,0
Aposentado/Pensionista	60	9,8
Do Lar	29	4,8
Estudante	9	1,5
Situação de Segurança Alimentar		
Segurança Alimentar	338	55,5
Insegurança Alimentar Leve	159	26,1
Insegurança Alimentar Moderada	71	11,7
Insegurança Alimentar Grave	41	6,7
Frequência no restaurante		
1-2 x/semana	209	34,3
3-4 x/semana	120	19,7
5-7 x/semana	223	36,6
Raramente	57	9,4
Local de Moradia		
Cidade do Restaurante	382	62,3
Outra Cidade	228	37,4

em 26,1%, moderada em 11,7% e grave em 6,7% da população estudada.

O estado de saúde autoavaliado foi considerado bom por 43,1% da amostra. As DCNT também foram avaliadas e verificou-se que 21,1% dos indivíduos declararam ser hipertensos, 5,7% eram diabéticos e 10,3% tinham colesterol alto diagnosticado por médico previamente (Tabela 2).

O estado nutricional verificado mediante peso e altura referidos possibilitou observar que 36,3% ($n = 185$) dos frequentadores estavam com sobrepeso e 15,5% apresentavam obesidade. O baixo peso foi observado em apenas 4,3% dos indivíduos. Quanto à frequência alimentar, 38,7% dos entrevistados realizava quatro ou mais refeições diárias e 4,7% dos indivíduos costumavam fazer apenas uma refeição ao dia.

A Tabela 3 apresenta os dados de SA e características socioeconômicas. Dentre as famílias pertencentes à classe econômica E, mais da metade (61,8%) da amostra apresentou algum nível de IA, sendo que 14,7% relataram IAG. A frequência de IAG aumentou à medida que diminuía a classe de rendimento ($p < 0,01$). Com aumento da renda familiar, a proporção de famílias em SA também aumentou, chegando a 100% entre as que pertenciam à classe de rendimento A.

A relação entre a escolaridade do chefe da família e a SA foi direta, a frequência de SA aumentou à medida que elevou a escolaridade do chefe de família. Famílias cujos chefes eram analfabetos ou não haviam completado o ensino fundamental tiveram prevalência de IAG de 9,3%, enquanto entre as famílias cujos chefes tinham curso universitário não foi observado este tipo de insegurança.

Constatou-se que apenas 75 indivíduos (12,3%) afirmaram participar de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Família (PBF). Desses, 76% ($n = 57$) apresentam algum nível de IA e o restante estava em condição de SA. A relação entre IA e participação no Programa Bolsa Família foi estatisticamente significativa.

Observou-se uma relação inversa entre o número de refeições diárias e a IAG ($p = 0,018$). Os indivíduos que afirmaram realizar apenas uma refeição ao dia apresentaram 18,5% de IAG, enquanto aqueles

que declararam fazer quatro ou mais refeições apresentaram 5,1% desse tipo de insegurança.

IAG também foi mais prevalente entre aqueles que afirmaram frequentar o restaurante um a dois dias na semana (11,5%), enquanto os indivíduos que realizavam refeições diariamente nos Restaurantes Comunitários tiveram menos IA (4,5%). Os que raramente/eventualmente almoçavam nos Restaurantes Comunitários não apresentaram IA em sua forma mais grave.

Tabela 2. Autoavaliação do estado de saúde, comorbidades referidas e características nutricionais dos frequentadores de Restaurantes Comunitários do Distrito Federal, fevereiro/março 2011

Variáveis	<i>n</i>	%
Percepção do estado de saúde		
Ótimo	148	24,3
Bom	263	43,1
Regular	164	26,9
Ruim	35	5,7
Hipertensão		
Sim	128	21,1
Não	480	78,9
Diabetes		
Sim	35	5,7
Não	574	94,3
Hipercolesterolemia		
Sim	63	10,3
Não	546	89,7
Estado nutricional (Índice de Massa Corporal)		
Magreza	22	4,3
Eutrofia	224	43,9
Sobrepeso	185	36,3
Obesidade	79	15,5
Número de refeições/dia		
1	28	4,6
2	135	22,2
3	210	34,5
4 ou mais	235	38,7

Tabela 3. Situação de Segurança Alimentar segundo as características socioeconômicas dos frequentadores de Restaurantes Comunitários do Distrito Federal, fevereiro/março 2011

Características	<i>n</i>	Segurança Alimentar (%)	Insegurança Alimentar Leve (%)	Insegurança Alimentar Moderada (%)	Insegurança Alimentar Grave (%)	Valor de <i>p</i> *
Classe Social						
A	5	100	-	-	-	
B	138	80,4	14,5	4,3	0,7	
C	308	52,9	31,8	9,7	5,5	< 0,001
D	124	37,1	25,0	23,4	14,5	
E	34	38,2	29,4	17,6	14,7	
Escolaridade						
Analfabeto/4ª série	226	44,7	29,2	16,8	9,3	
Fundamental	159	56,6	25,8	8,8	8,8	< 0,001
Médio	189	61,9	25,4	9,5	3,2	
Superior	35	85,7	11,4	2,9	-	
Bolsa Família						
Sim	75	24,0	38,7	24,0	13,3	< 0,001
Não	534	59,9	24,3	9,0	5,8	
Número de refeições/dia						
Uma	27	63,0	11,1	7,4	18,5	
Duas	135	57,8	18,5	15,6	8,1	0,018
Três	210	51,0	32,0	10,0	6,2	
Quatro ou +	235	57,4	26,4	11,1	5,1	
Frequência no restaurante						
Raramente	57	52,6	35,1	12,3	-	
1-2 x/semana	209	52,2	23,0	11,4	11,5	0,032
3-4 x/semana	120	57,2	28,3	9,2	5,0	
5-6 x/semana	222	58,6	25,7	11,3	4,5	

* Teste Qui-Quadrado.

DISCUSSÃO

A caracterização do público frequentador de Restaurantes Populares é de extrema importância para orientar as políticas sociais, uma vez que a focalização dessas políticas é essencial na avaliação e

direcionamento das ações que visam o combate à IA e à fome [18].

Os usuários dos Restaurantes Comunitários do DF são predominantemente do sexo masculino e alimentam-se no restaurante com frequência de pelo menos 5-6 vezes por semana. Pesquisa realizada pelo

Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOPE) em cinco capitais do Brasil no ano de 2005 mostrou resultados semelhantes quanto à caracterização desses usuários [19].

Gobato *et al.* [20] caracterizaram o perfil de usuários de um Restaurante Popular em Campinas – São Paulo, e observaram dados diferentes dos encontrados no DF. Enquanto no DF o público era, em sua maioria, trabalhadores (73%), em Campinas apenas 41% dos frequentadores possuíam trabalho remunerado. A amostra estudada do DF era em grande parte pertencente a famílias cujo chefe tem ensino médio completo. Isso pode ser atribuído ao fato da população do DF, de uma forma geral, possuir nível de instrução maior que a média nacional [21].

Julga-se importante verificar a relação entre o local de moradia dos usuários e a localização do restaurante, uma vez que o local de implantação deste tipo de equipamento público deve ocorrer onde há maior concentração de população em situação de risco ou vulnerabilidade alimentar e nutricional. Foi observado que parte dos indivíduos entrevistados (37,4%) não residia na cidade em que se localizava o restaurante e alguns deles frequentavam o restaurante todos os dias da semana. Tal fato pode ser justificado por se tratar de uma amostra com predominância de trabalhadores, que nem sempre residem na cidade do restaurante. Segundo pesquisa realizada em 2003, 32,6% da população dos municípios do entorno trabalham no DF, mostrando a grande dependência desses municípios com o DF, essencialmente nas questões relativas à saúde, trabalho e comércio [21].

A PNAD 2009 identificou IA em 30,2% dos domicílios do País [10]. No caso particular do DF, a prevalência de IA (21,2%) neste mesmo estudo, era menor que a média nacional. Já a IA (leve, moderada e grave) entre os frequentadores dos Restaurantes Comunitários estudados (44,5%) representa mais que o dobro da média estimada pela PNAD para o DF. A IAG, que caracteriza o domicílio em que algum morador passa pela privação de alimentos podendo chegar à fome, foi mais frequente neste estudo (6,7%) do que a média nacional de 5,0% [10].

A prevalência elevada de IAG observada pode ser parcialmente explicada pela localização dos restaurantes. O Distrito Federal possui 30 Regiões Administrativas, e apesar de possuir uma renda domiciliar *per capita* média considerada alta (2,4 Salários

Mínimos/mês) existe uma desigualdade socioeconômica acentuada entre as cidades satélites [20]. As cidades onde se localizam os Restaurantes Comunitários deste estudo possuem os menores rendimentos entre as Regiões Administrativas, algumas são oriundas de invasões e apresentam condições precárias de moradia, como é o caso de Itapoã e Estrutural. As unidades dos Restaurantes Populares são estrategicamente localizadas de forma a alcançar a população em situação de extrema pobreza e IA [12].

De acordo com Panigassi *et al.* [6] a IA moderada e grave concentra-se em famílias com menor renda, maior número de membros, e cujos responsáveis e membros têm menor escolaridade. Essa realidade foi confirmada com os resultados do presente estudo, em que os indivíduos pertencentes à classe econômica de menor rendimento apresentaram em sua maioria algum nível de IA (61,8%). A relação inversamente proporcional entre renda e IA é observada em diversos estudos nacionais [10,22].

Estudo realizado por Salles-Costa mostrou resultados semelhantes ao do presente estudo em relação à escolaridade do chefe da família. Observou-se que a prevalência de SA foi crescente conforme aumentou o grau de escolaridade do chefe da família [23].

Como pode ser constatada, apenas uma pequena parcela da população frequentadora dos Restaurantes Comunitários no DF (12,3%) participa do programa de transferência de renda Bolsa Família. A maioria dos usuários cobertos pelo programa (76%) apresentou algum nível de IAN, mostrando que apesar de receberem benefício do governo seus domicílios não têm acesso regular a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. Como já era esperado a IA foi mais prevalente entre os entrevistados beneficiários do programa Bolsa Família, já que o público alvo desse programa são famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza [24].

Outro ponto importante é o fato da população de usuários concentrarem condições de vulnerabilidade que reduzem o impacto da transferência de renda. Estudo estatístico bem delineado mostrou que a cada 10 reais de acréscimo na renda familiar, por meio do BF, a chance de SA aumentava em 8% [25]. No entanto, a garantia de SAN vai além da transferência da renda, necessitando de outras medidas voltadas às outras dimensões da SAN além do acesso [26].

Uma das dimensões da SAN é a regularidade e significa que o acesso à alimentação deve ser constante, ou seja, pelo menos três vezes ao dia [4]. Os indivíduos que realizavam apenas uma refeição ao dia apresentaram IAG (18,5%) quando comparados aos que declararam fazer quatro ou mais refeições (5,1%), confirmando a relação entre a quantidade de refeições realizadas ao dia e a IA. Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, para garantir a saúde do organismo e evitar doenças, é necessário realizar pelo menos três refeições por dia, se possível intercaladas por pequenos lanches [27].

De acordo com dados da pesquisa VIGITEL 2012, o excesso de peso entre a população adulta do DF foi de 46,6% e a prevalência de obesidade foi de 14,3% [28]. O presente estudo observou prevalências maiores entre os usuários dos Restaurantes Comunitários. O sobrepeso (IMC 25 a 30 kg/m²) atingia 36,3% da população estudada e a obesidade (IMC > 30 kg/m²) estava presente em 15,5% dos entrevistados. Mais de metade da população do estudo apresentou excesso de peso (51,8%), o que foi semelhante ao observado por Branquinho [29] em usuários de seis Restaurantes Comunitários do DF, em 2010, quando 50,7% da amostra estavam acima do peso adequado de acordo com IMC.

A elevada prevalência de excesso de peso entre os participantes da pesquisa reflete o quadro observado nas pesquisas brasileiras. A Pesquisa de Orçamento Familiar mostrou que o excesso de peso em 2008-2009 atingiu cerca de metade dos homens e das mulheres no Brasil [30]. Esse aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade é decorrente do processo de transição nutricional, vivenciado por diversos países, inclusive o Brasil, e é caracterizado por alterações dos padrões do estado nutricional com decréscimo nas prevalências de desnutrição e aumento considerável na ocorrência de excesso de peso [31-33].

As altas prevalências de sobrepeso e obesidade deste estudo também podem ser parcialmente atribuídas à grande ocorrência de IAN entre a população estudada. Uma das faces da IA é consequente ao comprometimento da qualidade da alimentação (variedade e qualidade sanitária) mesmo que sem restrição na quantidade de alimentos. Tal fato pode ser justificado pela dificuldade ou falta de acesso financeiro/físico a uma alimentação saudável ou até mesmo pela ausência de informações sobre o que é uma alimentação adequada e saudável. Dessa forma o

excesso de peso pode ser resultado da situação de IA vivenciada no domicílio [34].

A autoavaliação do estado de saúde é considerada um indicador válido e relevante na avaliação de indivíduos e de populações. Segundo dados do VIGITEL – 2010, a frequência de adultos que avaliaram seu estado de saúde como ruim foi de 1,5% no DF [15]. No presente estudo aqueles que avaliaram como ruim representaram 5,7% da amostra, proporção maior do que aquela encontrada na pesquisa nacional para o DF. A frequência de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial (21,1%) foi semelhante à prevalência encontrada em 2010 para o DF (23,1%), no entanto, estudo realizado por Branquinho [28] mostrou prevalência de 10,1% de hipertensos em uma população semelhante à deste estudo. A quantidade de adultos que declararam ser diabéticos (5,7%) foi também semelhante à prevalência no DF (4,4%) mostrada pelo VIGITEL – 2010 [15].

O estudo verificou que grande parte dos usuários frequentava os restaurantes cinco a seis vezes por semana por se tratar de um público com predominância de trabalhadores. A prevalência de IAG foi menor (4,5%) entre os indivíduos que realizavam refeições diariamente nos Restaurantes Comunitários do que entre aqueles que iam uma a duas vezes apenas (11,5%). Possivelmente os Restaurantes Comunitários do DF estão colaborando para que esses indivíduos tenham condições de terem uma refeição de melhor qualidade no almoço evitando situações de fome, uma vez que foi demonstrado que o preço da refeição é o principal motivo da frequência nesse tipo de restaurante [19,20,27].

CONCLUSÃO

Verificou-se que, quando comparadas à situação do Brasil e do DF apresentada pela PNAD, as prevalências de IA (leve, moderada e grave) sobretudo a IA Grave foram elevadas entre os frequentadores dos Restaurantes Comunitários do DF, estando associada a menor renda e escolaridade, participação em programa de transferência de renda, frequência nos restaurantes e número de refeições realizadas/dia. Através dos dados apresentados pode-se perceber que os Restaurantes Comunitários no DF têm cumprido seu papel no tocante à oferta de uma alimentação acessível para a população urbana. Apesar de o público frequentador ter sido predominantemente composto por

trabalhadores e as prevalências de IA terem sido altas, pode se considerar que a focalização do programa está parcialmente adequada, visto que grande parte dos frequentadores é pertencente à classe de rendimento médio e a finalidade do programa, como já citado, é atender preferencialmente indivíduos de baixa renda e famílias em risco de IAN.

Um dos objetivos do Programa Restaurante Popular é apoiar a difusão dos conceitos de Educação Alimentar e Nutricional e sua aplicação, porém nas unidades visitadas não foram constatadas ações voltadas para esse âmbito. Julga-se que esses restaurantes, além de oferecerem refeições nutritivas e de qualidade, proporcionem ao público frequentador atividades voltadas para a Educação Alimentar e Nutricional uma vez que grande parte da população assistida no DF se encontra com excesso de peso. Além do risco elevado de desenvolvimento de DCNT, o excesso de peso/obesidade é uma das faces da IAN advinda do consumo inadequado de alimentos em termos de variedade e qualidade nutricional. Sendo o nutricionista um profissional responsável pela promoção da saúde, é importante que o ambiente dos Restaurantes Comunitários seja palco de ações de Educação Alimentar e Nutricional contribuindo para a promoção de práticas alimentares saudáveis.

A pesquisa possui limitações inerentes ao estudo transversal que só permite que sejam feitas associações entre as variáveis de interesse, não sendo possível investigação da situação prévia do público estudado. Recomenda-se cuidado na extrapolação dos resultados encontrados nesse estudo uma vez que a realidade vivenciada pelo DF quanto à renda e escolaridade é diferenciada dos outros Estados. Sugerem-se outros estudos para identificar o perfil do usuário de Restaurantes Comunitários no Brasil e o seu papel no combate à IAN, assim como verificar a realização de atividades de Educação Alimentar Nutricional nesses ambientes.

REFERÊNCIAS

[1] Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assinada em 1948 [acesso em 16 maio 2013]. Disponível em: http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoIntern.et.pdf

[2] Brasil. Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). *In*: CONSEA: Brasília; 2006.

[3] Valente FLS. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. *Saúde Soc.* 2003;12(1):51-60.

[4] Belick W. Perspectivas para Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. *Saúde Soc.* 2003;12(1):12-20.

[5] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2004 – Suplemento Segurança Alimentar. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

[6] Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MFA, Maranha LK. Insegurança Alimentar: um indicador de iniquidade. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(10):2376-84.

[7] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

[8] Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Domiciliar Socioeconômica (PEDS). Brasília: CODEPLAN; 2009.

[9] Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília: CODEPLAN; 2010.

[10] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Segurança Alimentar e Nutricional, 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

[11] Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome (MDS). Segurança Alimentar e Nutricional [acesso em 10 nov 2012]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar>

[12] Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome (MDS). Restaurantes Populares [acesso em 10 nov 2012]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/equipamentos/restaurantespopulares>

[13] Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal. Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional. Restaurantes Comunitários. Brasília: SEDEST [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/seguranca-alimentar/restaurantes-comunitarios.html>

[14] Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social do Distrito Federal. Subsecretaria de Segurança Alimentar e Nutricional. Restaurantes Comunitários no DF. Brasília: SEDEST [acesso em 10 set 2013]. Disponível em:

<http://www.sedest.df.gov.br/images/Endere%C3%A7os%20Restaurantes%20Comunit%C3%A1rios.pdf>

[15] Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) 2010. Série G. Estatística e Informação em Saúde. 1ª Edição. Brasil: MS; 2011.

[16] Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Norma técnica de Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. 1ª Edição. Brasil: MS; 2011.

[17] Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil/2008 [acesso em 10 nov]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?SectionID=84>

[18] Santos LPM, Araújo MPN, Martins MC, Veloso IS, Assunção MP, Santos SMC. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 2 – Programa de Alimentação do Trabalhador. Cad Saúde Pública. 2007;23(8):1931-45.

[19] Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Pesquisa revela perfil de usuários de restaurantes populares, 2005 [acesso em 08 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibope.com.br/opiniao_publica/downloads/opp_restaurantespopulares_set05.pdf

[20] Gobato RC, Panigassi G, Villalba JP. Identificação do perfil de usuários de um Restaurante Popular do Município de Campinas. Seg Alim Nutr. 2010;17(2):14-25.

[21] Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília: CODEPLAN; 2010.

[22] Gubert MB, Santos LMP. Determinantes da Insegurança Alimentar no Distrito Federal. Com Ciências Saúde. 2009;20(2):143-50.

[23] Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcelos MTL, Veiga GV, Marins VMR, Jardim BC, *et al.* Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Nutr. 2008;21:99-109.

[24] Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome (MDS). Restaurantes Populares [acesso em 16 jul 2013]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>

[25] Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L, Pérez-Escamilla R, Helito H, Pacheco LMS, Souza RP. Transferência de renda e a insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. Rev Nutr. 2008;21(Suppl.):39-51.

[26] Burlandy L. Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(6):1441-51.

[27] Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

[28] Brasil. Ministério da Saúde. Mais da metade da população brasileira tem excesso de peso. [acesso em 10 set 2013]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/12926/162/mais-da-metade-da-populacao-brasileira-tem-excesso-de-peso.html>

[29] Branquinho AS. Perfil nutricional da clientela atendida nos Restaurantes Comunitários do Distrito Federal [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010. 109 p.

[30] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamento Familiar (2008-2009) – Suplemento de antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

[31] Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cad Saúde Pública. 2003;19(Supl. 1):181-91.

[32] Popkin BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. Public Health Nutr. 2002;5(1A):93-103.

[33] Popkin BM. Contemporary Nutritional Transition: determinants of diet and its impact on body composition. Proc Nutr Soc. 2011;70(1):82-91.

[34] Burity V, Franceschini T, Valente F, Recine E, Leão M, Carvalho MF. Módulo 1: Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília: ABRANDH; 2010. p. 26-28.