

(In)Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social

Food (In)Security, Socioeconomic Indicators and Anthropometric Profile of Women Contemplated by Social Program

Juliana Mikaelly Dias Soares¹
Diego Felipe dos Santos Silva²
Ana Ediléia Barbosa Pereira Leal³
Otoniel Santos Neto¹

RESUMO

Objetivo: Apresentar a prevalência de (in)segurança alimentar e nutricional e analisar a associação desta com alguns indicadores socioeconômicos e o perfil antropométrico das mulheres beneficiadas por programa social. **Metodologia:** A população do estudo foi constituída por mulheres beneficiadas pelo programa Minha Casa Minha Vida, no Município de Petrolina-PE. Foram coletadas informações sobre os indicadores socioeconômicos, como raça, escolaridade, renda, quantidade de moradores. Foram aferidos o peso (Kg) e a altura para o cálculo do IMC. Por fim, foram coletadas as informações sobre (in)segurança alimentar por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). **Resultados:** A amostra do estudo foi constituída por 206 mulheres, em que 23,3% de suas famílias investigadas apresentaram segurança alimentar. O restante apresentou insegurança alimentar, 53,4% apresentaram insegurança leve, 13,6% insegurança moderada e 9,7% insegurança alimentar grave. O perfil antropométrico dessas mulheres não mostrou associação com a (in)segurança alimentar, sendo que 3,4% encontraram-se com baixo peso, 44,2% encontraram-se eutróficas e 52,4% apresentaram sobrepeso ou obesidade. Os indicadores socioeconômicos associados foram a renda total do domicílio, a escolaridade e a raça, enquanto a quantidade de moradores não se associou. A maior parte das mulheres eram pardas ou negras, possuíam baixa escolaridade e um rendimento domiciliar de até 1 salário mínimo, com quatro ou cinco moradores em seu domicílio. **Conclusão:** A população beneficiada apresenta elevado índice de insegurança alimentar, que está associada à baixa qualidade de vida. Dessa forma, programas precisam sejam reformulados para garantir aos brasileiros acesso às necessidades básicas que possam assegurar bem-estar e qualidade de vida.

DESCRIPTORES

Segurança Alimentar e Nutricional. Fatores Socioeconômicos. Avaliação Nutricional. Índice de Massa Corporal. Política Social.

ABSTRACT

Objective: To present the prevalence of food and nutritional (in)security in families benefited by a social program and to analyze the association of some socioeconomic indicators and the anthropometric profile of these women. **Methodology:** The study population consisted of women benefiting from the "Minha Casa Minha Vida" program in the city of Petrolina-PE. Data on socioeconomic indicators were collected, such as race, education, income, number of residents, weight (Kg) and height for the calculation of BMI. The Brazilian Scale of Food Insecurity (EBIA) was used to evaluate the food (in)security. **Results:** The study sample consisted of 206 women, where 23.3% of their families presented food security. The remaining families presented 53.4% mild, 13.6% moderate and 9.7% severe food insecurity. The anthropometric profile of these women did not show an association with food (in)security, with 3.4% being underweight, 44.2% were eutrophic and 52.4% were overweight or obese. The associated socioeconomic indicators were the total income, schooling and race, while the number of residents of the household did not have any association. Most women declared brown or black race, with low schooling and household income up to 1 minimum wage, with four or five residents in their home. **Conclusion:** The benefitted population has a high level of food insecurity, which is associated with poor quality of life. Thus, programs need to be reformulated to guarantee Brazilians' access to basic needs that ensure wellbeing and quality of life.

DESCRIPTORS

Food and Nutrition Security. Socioeconomic Factors. Nutrition Assessment. Body Mass Index. Social Policy.

¹ Discente do Curso de Nutrição – Universidade de Pernambuco (UPE).

² Nutricionista, mestre em Nutrição em Saúde Pública. Professor assistente da Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Nutricionista, especialista em Gestão em Organizações Públicas – Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF.

No Brasil, a segurança alimentar e nutricional é regulamentada por lei¹. Esta lei consiste na garantia 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 seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.

Apesar disso, a falta de investimento na área social e a má distribuição de renda são os principais fatores causadores da desigualdade social em todos os países do mundo. Estudos têm demonstrado que tal desigualdade compromete as condições de alimentação no Brasil²⁻⁴. Assim, os programas sociais surgiram com o intuito de equilibrar as desigualdades existentes no país.

Dentre estes, o Programa Minha Casa Minha Vida surgiu com o intuito social e de gerar emprego e renda⁵. Embora a finalidade tenha sido esta, implicitamente e diretamente, este programa pode melhorar a qualidade de vida, como acesso a saúde, a educação e à alimentação. Além de que, estudos mencionam a falta de moradia própria e as precárias condições de habitação como as variáveis que mais se relacionam com a insegurança alimentar nas famílias brasileiras^{2,6,7}

A distribuição da insegurança alimentar é semelhante ao padrão de distribuição da desigualdade⁸. Ademais, estudos também vêm apontando que a insegurança alimentar está relacionada com o (ou não) consumo de determinados alimentos^{7,9}, cor da pele^{10,11}, baixa escolaridade¹⁰⁻¹², baixa renda familiar^{9,10,13,14}, entre outros fatores. Com isso, nenhum indicador, isoladamente, consegue abranger as múltiplas dimensões da insegurança alimentar e nutricional, devido a complexidade e o extenso número de fatores associados a este fenômeno¹¹.

Diante deste contexto, é necessário investigar a presença de insegurança alimentar em famílias que são beneficiadas por programas sociais, uma vez que eles contribuem para minimizar a desigualdade social e, por conseguinte, para melhorar a qualidade de vida dos beneficiados, e neste ponto, espera-se também tornar melhor as condições de alimentação e nutrição.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo apresentar a prevalência de (in) segurança alimentar e nutricional e analisar associação desta com alguns indicadores socioeconômicos e o perfil antropométrico das mulheres beneficiadas pelo programa Minha Casa Minha Vida no Município de Petrolina, Pernambuco.

METODOLOGIA

É um estudo analítico do tipo transversal, que faz parte do projeto intitulado “Condições de vulnerabilidade alimentar em famílias de baixa renda aprovadas e contempladas no Programa Minha Casa Minha Vida no Município de Petrolina-PE”. A população do estudo foi constituída por famílias beneficiadas pelo programa Minha Casa Minha Vida, classificados na faixa 1 (renda de até 1.600,00, referente ao ano de 2013), no Município de Petrolina-PE, por meio de visitas domiciliares. A amostragem foi do tipo não probabilística, por voluntariado. Após a concordância de participação voluntária, todos os indivíduos referência (membro de cada família que foi beneficiado pelo programa) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, foi respondido um questionário com informações referentes à renda, à quantidade de moradores da casa, a escolaridade e a raça do indivíduo de referência. Posteriormente, foi realizada uma avaliação antropométrica, com aferição do peso corporal

e a estatura. O peso corporal foi aferido em quilogramas, com auxílio de balança digital com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 0,1 Kg. Para isso, no momento da avaliação os participantes foram orientados a utilizar roupas leves e a ficarem com os pés descalços. A mensuração da altura corporal em centímetros foi determinada utilizando fita métrica de material não elástico, com precisão de até 150 cm e precisão de 1 cm. A fita métrica foi fixada à parede sem rodapé, em um ponto 50 cm distante do chão. A estatura foi medida em posição ereta, com os braços estendidos para baixo e os pés unidos e encostados à parede.

O perfil antropométrico foi avaliado segundo o índice de massa corporal (IMC), que utiliza o peso/altura², usando como referência a distribuição proposta pela Organização Mundial da Saúde¹⁵. Foi usada como classificação para o estado nutricional: baixo peso (IMC < 18,5), eutrofia (IMC 18,5-24,99), sobrepeso (IMC 25-29,99) e obesidade (IMC ≥ 30,0).

Por fim, foram coletadas as informações sobre (in)segurança alimentar por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Este instrumento possui 15 perguntas que estimam as prevalências de segurança alimentar da população¹⁶. Através desta escala, os domicílios podem ser classificados em quatro níveis: com Segurança Alimentar, em Insegurança Alimentar Leve, Moderada ou Grave, conforme pontos de corte^{16,17}. Cada resposta afirmativa do questionário de insegurança alimentar corresponde a “um ponto”, sendo o somatório final da pontuação classificado como: insegurança leve (1-5 pontos); insegurança moderada (6-10 pontos) e insegurança grave (11-15 pontos)¹⁸.

Foram excluídos da investigação e da análise dos dados os indivíduos contem-

plados do sexo masculino. Além de todos os indivíduos que se recusaram ou não puderam participar de todas as partes da pesquisa. A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2013 e fevereiro de 2014.

Para armazenamento e análise estatística dos dados foram utilizados os programas Excel 2010 e GraphPad Prism 6.0, respectivamente. Os resultados foram apresentados como média ± desvio padrão. Foi utilizado o teste de Qui-quadrado para a análise estatística da associação entre indicadores socioeconômicos e (in)segurança alimentar, e para avaliar associação de (in)segurança alimentar e o perfil antropométrico (IMC), foi utilizado o modelo de regressão linear, conforme estudo de Pimentel e Colaboradores (2009)³.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, através do processo de número 478.565.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída por 206 mulheres, com idade variando entre 22 e 75 anos, com maior predominância da faixa etária entre 32 e 44 anos. Os dados da Tabela 1 mostram que 23,3% (n=48) das famílias investigadas apresentaram segurança alimentar, segundo a classificação da EBIA. O restante apresentou insegurança alimentar, na qual se figurou nas três formas diferentes, em que 53,4% (n=110) apresentaram insegurança leve, 13,6% (n=28) insegurança moderada e 9,7% (n=20) insegurança alimentar na sua forma mais grave.

Em relação ao perfil antropométrico (Tabela 2), 3,4% (n=7) apresentaram baixo peso, 44,2% (n=21) das mulheres estavam eutróficas e 52,4% (n=108) das mulheres

Tabela 1. Prevalência dos níveis de (in)segurança alimentar e caracterização socioeconômica da família e dos indivíduos beneficiados pelo Programa Minha Casa Minha Vida. Petrolina - PE, 2014

Níveis de insegurança alimentar	n	%	IC 95%
Segurança alimentar	48	23,3%	17,7-28,9%
Insegurança alimentar leve	110	53,4%	47,8-58,9%
Insegurança alimentar moderada	28	13,6%	8,0-19,2%
Insegurança alimentar grave	20	9,7%	4,1-15,3%

Tabela 2. Distribuição das mulheres por faixas do Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com os níveis de segurança e insegurança alimentar de suas famílias. Petrolina-PE, 2014

	Segurança alimentar	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	Total (n)	Total (%)	valor p
IMC							
Baixo Peso	0	4	0	3	7	3,4	0,7249
Eutrofia	21	43	18	9	91	44,2	0,6332
Sobrepeso	19	41	6	3	69	33,5	1,0
Obesidade	8	22	4	5	39	18,9	1,0

apresentaram sobrepeso ou obesidade. Apesar do perfil antropométrico não ter sido associado com (in)segurança alimentar, foi evidenciado que em famílias que apresentaram insegurança alimentar, as mulheres mostraram considerável sobrepeso e obesidade.

Outro aspecto a ser examinado é a prevalência de (in)segurança alimentar associada aos fatores socioeconômicos. Na Tabela 3 é exposta a prevalência de (in)segurança alimentar, segundo os indicadores socioeconômicos. Os indicadores socioeconômicos associados foram a renda total do domicílio, a escolaridade e a raça, enquanto a quantidade

de moradores não se associou. A maior parte das mulheres são pardas ou negras, possuem baixa escolaridade e um rendimento domiciliar de até 1 salário mínimo com quatro ou cinco moradores em seu domicílio.

DISCUSSÃO

Em 2013, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) evidenciou que 77,4% dos domicílios estavam em situação de Segurança Alimentar e 22,6% registraram alguma restrição alimentar ou preocupação com a possibilidade de ocorrer alguma restrição¹⁹.

No presente estudo, observa-se uma inversão nos valores, a maioria (76,7%) apresentou insegurança alimentar em uma de suas formas. Isto é decorrente do fato que a pesquisa foi realizada em grupo populacional pouco diversificado na categoria socioeconômica, ou seja, a maioria apresenta uma renda baixa.

Neste estudo, o perfil antropométrico não foi associado com (in)segurança alimentar, diferentemente de alguns estudos que mostraram associação entre (in)segurança alimentar e sobrepeso e/ou obesidade em mulheres²⁰⁻²². O baixo peso pode ser resultante da deficiência da aquisição quantitativa da

Tabela 3. Prevalência dos níveis de (in) segurança alimentar, segundo indicadores socioeconômico das famílias e dos indivíduos beneficiados pelo Programa Minha Casa Minha Vida. Petrolina-PE, 2014

Indicadores socioeconômicos	Segurança alimentar	Insegurança alimentar leve	Insegurança alimentar moderada	Insegurança alimentar grave	p-valor
Rendimento total do domicílio*					0,0044
Menor que 1 salário mínimo	7	23	14	8	
Até 1 salário mínimo	31	48	9	10	
De 1 a 2 salários mínimos	10	36	5	2	
De 2 a 3 salários mínimos	0	3	0	0	
Quantidade de moradores					0,0793
Dois	7	3	1	0	
Três	11	28	5	3	
Quatro	16	27	10	6	
Cinco	11	36	6	6	
Mais de seis	3	16	6	5	
Escolaridade*					0,0489
Sem instrução	2	4	3	4	
Alfabetizado	5	6	1	1	
Ensino fundamental I	10	31	8	9	
Ensino fundamental II	8	31	8	4	
Ensino médio	22	37	8	1	
Ensino superior	1	1	0	1	
Raça*					0,0465
Branca	9	14	4	3	
Negra	4	28	3	9	
Parda	29	50	15	7	
Outras	6	18	6	1	

*Houve associação, $p < 0,05$

alimentação, visto que foi evidenciado apenas naquelas mulheres nas quais suas famílias se enquadravam em insegurança alimentar.

O sobrepeso/obesidade está associado às mudanças no consumo alimentar²³. Embora os brasileiros ainda tenham o hábito de consumir alimentos tradicionais como o arroz e o feijão, houve um aumento considerável do consumo de alimentos industrializados e prontos para consumo^{24,25}. Segundo Townsend e colaboradores (2001), a insegurança alimentar associada ao sobrepeso em mulheres pode conduzir potencialmente ao aumento da incidência de doenças crônicas relacionadas à obesidade²⁰.

Com relação aos indicadores antropométricos, observa-se que a renda é um fator que apresenta associação com a insegurança alimentar, corroborando com alguns estudos realizados^{9,13,14}. O aumento da renda pode diminuir a carência quantitativa alimentar, no entanto, nem sempre contribui para uma alimentação de qualidade. Além disso, o aumento do rendimento real é um dos fatores que torna crescente a tendência de alimentação fora de casa²⁶ e aumenta o consumo de alimentos não saudáveis.

Embora a quantidade de moradores não se associou com a (in)segurança alimentar, com o aumento da quantidade de moradores a renda per capita do domicílio tende a diminuir, principalmente, se a maioria dos moradores forem menores que 18 anos, favorecendo o contexto de insegurança alimentar no domicílio. Além disso, algumas famílias ainda têm muitos filhos e, normalmente, possuem um rendimento muito inferior aquele necessário para manter uma família com uma alimentação em quantidade suficiente e de qualidade.

Contrariamente, a baixa escolaridade

e a raça foram associadas a insegurança alimentar. Corroborando com o estudo de base comunitária que apresentou que tanto a baixa escolaridade quanto a cor da pele se associaram à insegurança alimentar¹⁰. A baixa escolaridade do indivíduo referência do domicílio reflete no nível de condições básicas da família, por isso, a conjectura familiar é afetada de forma a proporcionar a insegurança alimentar.

Dessa forma, é imprescindível a necessidade de promoção e de apoio às famílias vulneráveis, por meio de políticas sociais bem articuladas e estruturadas, que reconheçam a desigualdade e a má distribuição de renda como principal foco²⁷. Existem indícios de que programas sociais, como os de transferência de renda, propiciam as famílias investirem na alimentação²⁸, embora isto ocorra de forma inadequada²⁹.

Com isso, o enfoque de SAN pode ser direcionado para determinantes múltiplos e intersetoriais, envolvendo questões de natureza interdisciplinar, tal como acesso a alimentos de qualidade, práticas alimentares saudáveis, práticas sustentáveis de produção, cidadania e direitos humanos. O Estado tem responsabilidade social com a garantia da segurança alimentar e nutricional. Porém, medidas de caráter mais estrutural, como investimento na educação, saneamento básico e saúde, entre outras áreas de atuação do Estado, devem ser enfatizadas, a fim de que as políticas públicas deixem de ser compensatórias, focais e isoladas³⁰.

A qualidade de vida tem implicações diretas na saúde e bem-estar das pessoas, dessa forma, o acesso à moradia por si só não anula os aspectos negativos alimentares contemporâneos em conjunto com fatores socioeconômicos. Portanto, o fortalecimen-

to de programas sociais combinados com as demais estratégias de aumento no acesso à educação, saúde, alimentação, moradia e renda, poderão diminuir a insegurança alimentar nas famílias brasileiras e o impacto na saúde pública, causado pelo aumento das taxas de sobrepeso e obesidade na população brasileira, principalmente entre os mais pobres e vulneráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação relativa à associação de insegurança alimentar e os indicadores socioeconômicos juntamente com o perfil antropométrico de mulheres contempladas pelo programa social estudado demonstrou que a população beneficiada apresenta elevado índice de insegurança alimentar, que está associada à baixa qualidade de vida. Índices como baixa renda, escolaridade e raça foram relacionados a (in)segurança alimentar e nutricional. Apesar do perfil antropométrico não apresentar relação com a (in)segurança ali-

mentar e nutricional, ocorreu a constatação de altas taxas de sobrepeso/obesidade, o que pode acarretar no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, a um curto ou médio prazo na população em questão.

Por meio desta pesquisa, fica evidenciado que um conjunto de ações, programas e políticas precisam sejam reformulados para garantir de forma integral aos brasileiros, principalmente, aqueles beneficiados por programas sociais, assistência e o acesso as necessidades básicas. Deve ser tomado como prioridade pelo governo o foco para assegurar à população, o direito às necessidades básicas de educação, saúde, alimentação e renda, visto que tais necessidades são pressupostos básicos para garantir qualidade de vida à população. O comprometimento ao acesso a esses direitos, decorrente da exclusão social, prejudica a população em geral e acarreta em problemas de impacto na saúde pública, e conseqüentemente, no desenvolvimento do país.

REFERÊNCIAS

1. Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (Losan). Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, 11.346 (2006).
2. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcellos 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.
3. Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasi. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2009; 26:283-294.
4. Nitzke JA, Thys R, Martinelli S, Oliveiras LY, Augusto-Ruiz W, Penna NG, et al. Segurança alimentar: retorno às origens? *Braz. J. Food Technol.* 2012; 15:02-10.
5. Krause C, Balbim R, Lima Neto VC. *Minha Casa Minha Vida, nosso crescimento: onde fica a política habitacional?* Brasília: Rio de Janeiro. 2013.
6. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estud. Av.* 2013; 27:71-87.
7. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MFA, Maranhá LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24:2376-2384.
8. Bittencourt LS, dos Santos SMC, Pinto EJ, Aliaga MA, Ribeiro-Silva RC. Factors Associated with Food Insecurity in Households of Public School Students of Salvador City, Bahia, Brazil. *J. Health Popul. Nutr.* 2013; 31(4):471-479.

9. Silva CCS, Oliveira KBB, Alves AS, Neves JA, Modesto CAC, Vianna RPT. Associação entre consumo alimentar e (in)segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos - PB. *Braz. J. Food Technol.* 2012; 15:23-30.
10. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30:161-74.
11. Morais DC, Dutra LV, Franceschini SCC, Priore SE. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2014; 19:1475-88.
12. Aires JS, Martins MC, Joventino ES, Ximenes LB. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 25:102-108.
13. Gubert MB, Benício MHDA, Santos LMP. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26:1595-1605.
14. Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26:41-9.
15. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.* Geneva. 2003.
16. UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. Relatório Técnico. Acompanhamento e Avaliação da Segurança Alimentar de Famílias Brasileiras. Campinas. 2003.
17. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur. Aliment. Nutr.* 2015; 16(2):19.
18. Marín-León L, Segal-Corrêa AM, Panigassi G, Maranhá LK, Sampaio MFA, Pérez-Escamilla R. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21:1433-1440.
19. PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança Alimentar: Rio de Janeiro; 2014. 134 p.
20. Townsend MS, Peerson J, Love B, Achterberg C, Murphy SP. Food insecurity is positively related to overweight in women. *The Journal of nutrition.* 2001; 131(6):1738-1745.
21. Velasquez-Melendez G, Schluskel MM, Brito AS, Silva AA, Lopes-Filho JD, Kac G. Mild but not light or severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian women. *J. Nutr.* 2011; 141(5):898-902.
22. Adams EJ, Grummer-Strawn L, Chavez G. Food insecurity is associated with increased risk of obesity in California women. *J. Nutr.* 2003; 133(4):1070-1074.
23. Batista Filho M, Souza AI, Miglioli TC, Santos MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24:s247-s57.
24. Gorgulho BM, Pot GK, Sarti FM, Marchioni DM. Main meal quality in Brazil and United Kingdom: Similarities and differences. *Appetite.* 2017; 111:151-7.
25. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24:257-265.
26. Claro RM, Baraldi LG, Martins APB, Bandoni DH, Levy RB. Trends in spending on eating away from home in Brazil, 2002-2003 to 2008-2009. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30:1418-26.
27. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Cienc. Saúde Coletiva.* 2005; 10:357-363.
28. Martins AP, Canella DS, Baraldi LG, Monteiro CA. Cash transfer in Brazil and nutritional outcomes: a systematic review. *Rev. Saúde Publ.* 2013;47(6):1159-1171.
29. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PHN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. *Rev. Nutr.* 2010; 23:221-229.
30. Sperandio N, Priore SE. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015; 24:739-748.

CORRESPONDÊNCIA

Diego Felipe dos Santos Silva

BR 203 km s/n – Campus Universitário – Vila Eduardo –

Petrolina (PE), Brasil – CEP: 56300-000

E-mails: felipesantos_10@hotmail.com; diego.santos@upe.br