

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

JULIETA DOMINGOS NANCASSA DIAS

**VIABILIDADE DA VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AFERIÇÃO
DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM GUINÉ-BISSAU**

**RECIFE
2011**

JULIETA DOMINGOS NANCASSA DIAS

**VIABILIDADE DA VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AFERIÇÃO DE INSEGURANÇA
ALIMENTAR EM GUINÉ-BISSAU**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Denise Oliveira e Silva

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

D541v Dias, Julieta Domingos Nancassa.

Viabilidade da validação da escala de aferição de insegurança alimentar em Guiné-Bissau / Julieta Domingos Nancassa Dias. — Recife: J. D. N, 2011.
77 p.

Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Denise Oliveira e Silva.

1. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. Fome. 3. Políticas Públicas de Saúde. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. I. Silva, Denise Oliveira e. II. Título.

CDU 613.2

JULIETA DOMINGOS NANCASSA DIAS

**VIABILIDADE DA VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AFERIÇÃO DE INSEGURANÇA
ALIMENTAR EM GUINÉ-BISSAU**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Denise Oliveira e Silva
Fiocruz/Brasília

Prof^a. Dr^a. Muriel Gubert
Universidade de Brasília - UNB

Dedico este trabalho a **DEUS**, pai divino.

Ao meu Pai, Domingos Nancassa, "*in memoria*" meu primeiro mestre da escola da vida, pelo exemplo de honestidade, bondade e trabalho. À minha mãe, Maria Bassanguê, pelo amor incondicional, carinho, incentivo e por acreditar em mim. Ao meu marido Revelino Dias, amante, amigo, companheiro de todas as horas. Pelo amor a mim dedicado, pelo estímulo constante, e pela compreensão da minha ausência. Ao meu filho Revelino Dias Júnior, minha razão de viver, minha fortaleza e meu amigo.

À Congregação das Irmãs Adoradoras do Sangue de Cristo, em especial Irmã Maria Cifelle, pelo alicerce, apoio e tudo.

À toda minha família pelo fato de fazerem parte da minha vida e me apoiarem.

À minha orientadora pelo incansável apoio neste momento de iniciação científica e pelo aprendizado.

Aos Professores e Professoras do CPQAM e DIREB pelo incansável apoio neste momento de iniciação científica, pelo aprendizado, empenho .

Enfim, às minhas irmãs por afinidade, Elizandra Vaz Vieira Pereira e Ena Bandeira Costa Gomes, pelo amor, apoio, incentivo e por estarem sempre por perto nos momentos mais felizes e momentos tristes, me ajudando sempre a seguir em frente.

Amo-as.

Dedico em especial a todos aqueles que sonham e lutam por um mundo sem fome.

AGRADECIMENTOS

Meu eterno agradecimento ao Pai do céu, fonte suprema de toda inspiração, presença constante e força maior na transcrição de cada página de minha vida e desta dissertação.

A realização deste trabalho só foi possível graças ao apoio incondicional de pessoas importantes na minha vida e instituições com os quais tenho uma dívida de eterna gratidão.

No nível institucional, agradeço à Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria Regional de Brasília, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e o Ministério da Saúde da Guiné-Bissau. À FIOTEC pelo apoio financeiro, sem o qual seria difícil a concretização deste trabalho.

Ao meu pai Domingos Nancassa, “*in memória*”, e minha mãe Maria Bassanguê essência de meu ser, fonte de minha inspiração nos momentos difíceis. Agradeço especialmente aos dois pelo mérito das minhas vitórias, pois se ao longo de minha vida encontrei ou encontro dificuldades, são eles a minha força de superação.

À minha Orientadora pelo incansável apoio, pela dedicação, pelo voto de confiança e por ter me conduzido durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho.

À Coordenação de Alimentação e Nutrição representada por, Simone, Marília e Romilson e Erika Ell, pelo respeito, acolhimento, apoio e por atenderem sempre o meu pedido, obrigado minha eterna gratidão.

À Dr^a. Fabíola Nunes, obrigada pelo acolhimento e apoio incondicional.

À Salymar, meu eterno obrigado por tudo, Deus lhe recompense a dobro.

Aos professores por terem auxiliado no meu crescimento pessoal e intelectual.

Aos meus colegas do curso pela convivência ao longo destes dois anos, em especial Gilberto Ferreira da Silva e toda família, Patrícia Taira e família, Maria Cristina Oliveira Marques e família. A eles não vão só os meus agradecimentos pelo apoio, acolhimento e incentivo constante, mas também porque, ao longo destes dois anos, me senti em família quando estive com eles. O destino uni e separa as

peessoas, mas nenhuma distância é grande para me fazer esquecer-se de vocês. Minha eterna gratidão.

À Vanessa Neuzig, Salyamar e todos os funcionários da DIREB pelo acolhimento, respeito e incentivo.

A presença constante e acolhedora da minha família que me nutre espiritualmente em toda trajetória da minha formação.

Ao meu marido e meu filho amores da minha vida, pelos momentos que não ficamos juntos, momentos que não voltarão, mas com certeza teremos muitos outros que estão por vir. Amo vocês como sempre. Por vocês qualquer esforço vale à pena. **Dinúmio**, daqui a eternidade nosso destino foi traçado na Maternidade.

Tios e tias, Augusto Nancassa, Luis Nancassa, Paulo Mafra, Daniel Bassanguê, José Babinta, João Insali, Quintino Nancassa, Fonseca Nancassa, Armindo Bassanguê e Mana Bula, Maria Sabado Alves Pereira.

Irmãos, irmãs, primos e primas: Luselvina, Ednelson, Ricardino, Jaquelina, Idilé, Solange, Areosvaldo, Eufrásio, Jerônimo, Juscar, Osvaldo, Liberal, Nadilé Saraiva, Iodisleides Insali, Carolina Nancassa, Nicolacia Mafra e Geane Babinta. Sem esquecer a minha subrinha Líticia Sami, Mussa vieira, Mina tchongó valeu a força.

O carinhoso estímulo e apoio das minhas irmãs e amiga Ena Bandeira, Elizandra Vieira e Clarice Gomes. Amigas agente não faz, reconhece-as. Obrigado por serem minhas amigas de fê, de tantos caminhos e tantas jornadas.

À congregação das Irmãs Adoradoras de Sangue de Cristo em Bissau, Irmã Maria Cifelli, Ione de Julio e Inês Paulo Albino, sem o apoio delas certamente eu não teria chegado aqui.

À Diocese de Bissau, Pe. Francelino Nhaga, Fr. Jorge Flacão, Fr. Vitor Quematcha, Fr. Augusto Djata, Fr. Renato Chiumento, Irmã Maria Celeste Monteiro e todos os frades e freiras pelo apoio e incentivo constante.

Ao meu pai por afinidade Agostinho Vaz Vieira e toda família. Obrigada!

A mammy querida, Maria Domingas Gomes e ao pastor José.

“Os meus heróis são os homens e mulheres humildes que se encontram em todas as comunidades e que lutam contra a pobreza, a doença, a iletracia, a falta de escolas, a fome e a violência. Se algum chefe de estado fizer isso, então ele é o meu herói”.

Nelson Mandela Julho de 2000 (discurso de encerramento da XII Conferência sobre SIDA em Durban na África do Sul)

DIAS, Julieta Domingos Nancassa. **Viabilidade da Validação da Escala de Aferição de Insegurança Alimentar em Guiné-Bissau**. 2011. 76p. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

A questão da formulação de políticas e estratégias de combate à fome, a miséria e a pobreza como forma de garantir a segurança alimentar adequada às populações tem sido discutida em diferentes setores de conhecimento no mundo e por diversos países e seus parceiros de desenvolvimento, apontando este caminho como sendo fundamental para o alcance das demais metas do milênio para o desenvolvimento. Neste contexto da preocupação com a redução da fome, emergiu também a preocupação com o instrumento adequado para a avaliação da insegurança alimentar (IA) nos seus variados níveis por meio de escala de aferição deste problema, instrumento este capaz de identificar populações com fome e também vulneráveis à fome, sendo esta, uma estratégia importante na definição e no direcionamento das políticas públicas de combate a fome e a vulnerabilidade alimentar. Esta monografia possui como objetivo central Analisar a pertinência e viabilidade de validação da escala para Guiné-Bissau. Para a concretização do objetivo proposto realizou-se a pesquisa bibliográfica e documental. Esta permitiu afirmar que, a escala de aferição de IA, pode ser validada e adaptada à realidade socioeconômica de diferentes países. Concluiu-se que apesar de todos os desafios que envolvem a validação da escala de aferição de insegurança alimentar, é viável a sua validação e adaptação para a realidade de Guiné-Bissau, tendo em conta os aspectos políticos, sociais, culturais e econômicas existentes neste país em desenvolvimento.

Palavras-chaves: Escala de Insegurança Alimentar; Insegurança Alimentar na África; Direitos Humanos a Alimentação, Políticas Públicas em Segurança Alimentar e Nutricional.

DIAS, Julieta Domingos Nancassa. **Viability of the verification scale validation of Food Insecurity in Guinea-Bissau**. In 2011. 76p. Monograph (Specialization in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2011.

SUMMARY

The issue of reformulating the policies and strategies for combating hunger, misery and poverty as a method to ensure adequate food security to the population has been discussed in different sectors and by many countries and partners, pointing this path as being fundamental to achieve the millennium development goals. In the Framework of reducing starvation, another concern also emerged about and adequate tool to evaluate food security (IA) in different levels, a tool which will allow to identify starving population and also those vulnerable, an important strategy in guiding public policies in the fight against starvation and food vulnerability. This monographic work has a central goal analyze the relevance and viability of scale validation in Guinea-Bissau. In order to achieve the objective a bibliographic and documental research was conducted. This allowed to confirm that the IA evaluation scale, can be validated and adapted to the socioeconomic reality of different countries. It has been concluded that apart from all challenges the food security validation scale involves, its validation and adaptation to Guinea-Bissau reality is viable, taking into account, political, social, cultural and economic aspects this third world country.

Key Words: Food Security scale; food insecurity in Africa; Human Rights and Food, Public Policies in Nutrition and food security.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – A fome e a insegurança alimentar no mundo | 31 |
| Figura 2 - Estimativa de pessoas subalimentadas no mundo | 35 |
| Quadro 1 - Incidência da pobreza por região | 50 |
| Quadro 2 - Principais Problemas de Saúde Pública na Guiné-Bissau, Segundo Grupos Vulneráveis | 60 |
| Mapa 1 – Localização da Guiné-Bissau na África | 50 |
| Mapa 2 – Representação Geográficas da República de Guiné-Bissau | 51 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ARO | – Alto Risco Obstétrico |
| BCEAO | – Banco Central dos Estados da África Ocidental |
| CPQAM | – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães |
| DIREB | – Diretoria Regional de Brasília |
| DST | – Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| EBIA | – Escala Brasileira de Insegurança alimentar |
| FAO | – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação |
| HIV/SIDA | – Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| IBGE | – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística |
| IDH | – Índice de Desenvolvimento Humano |
| ILAP | – Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza |
| INEC | – Instituto Nacional de Estatísticas e Censo da Guiné-Bissau |
| LOSAN | – Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional |
| MDS | – Ministério de Desenvolvimento Social |
| MICS | – Inquérito de Indicadores Múltiplos |
| MINSAP | – Ministério da saúde Pública |
| OMD | – Objetivos de Milénio para Desenvolvimento |
| ONG | – Organismo Não Governamental |
| ONU | – Organização das Nações Unidas |
| LNSP | – Laboratório Nacional de Saúde Pública |
| SA | – Segurança Alimentar |
| SAN | – Segurança Alimentar e Nutricional |
| SNLS | – Secretariado Nacional de Luta contra Sida |
| PNAD | – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios |
| PNUD | – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PIB | – Produto Interno Bruto |
| PNADS | – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| POF | – Pesquisa de Orçamentos Familiares |
| OMS | – Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | – Organização Pan-Americana de Saúde |

- WHO – World Health Organization
- DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada
- DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
- CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar
- PIDCP – Pacto Internacional dos Direitos Cíveis e Políticos
- PIDESC – Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 | OBJETIVOS | 20 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 20 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 20 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 21 |
| 3.1 | Escala americana de percepção de insegurança alimentar | 21 |
| 3.2 | Evoluções Históricas do conceito de Segurança Alimentar | 22 |
| 3.3 | Direito Humano a Alimentação Adequada | 26 |
| 3.4 | A fome e a Insegurança Alimentar(la) no Mundo | 31 |
| 3.5 | Experiencia de validação da escala de insegurança alimentar em outros países Brasil | 35 |
| 3.6 | Senegal | 39 |
| 3.7 | Burkina Faso | 40 |
| 3.8 | Métodos e Metodologias para Medir o Estado Nutricional e a Insegurança Alimentar | 42 |
| 3.8.1 | <i>Método de organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO)</i> | 42 |
| 3.8.2 | <i>Pesquisas de Renda e Gastos Familiares</i> | 43 |
| 3.8.3 | <i>Consume Alimentar e Nutrientes no Nível Individual</i> | 43 |
| 3.8.4 | <i>Antropometria</i> | 44 |
| 3.8.5 | <i>Percepção de Insegurança Alimentar</i> | 45 |
| 4 | PROCEDIMENTO METODOLÓGICO | 47 |
| 4.1 | Tipo de Pesquisa | 47 |
| 4.2 | Fontes de dados e informações | 47 |
| 4.3 | Coleta de Dados e informações | 48 |
| 4.4 | Análise dos Dados | 48 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 5 | DESENVOLVIMENTO | 50 |
| 5.1 | Caracterização da realidade da Guiné-Bissau | 50 |
| 5.1.1 | <i>Situação Geográfica</i> | <i>50</i> |
| 5.1.2 | <i>Condições Climáticas</i> | <i>52</i> |
| 5.1.3 | <i>Características Demográficas</i> | <i>53</i> |
| 5.1.4 | <i>Características Sócio-culturais</i> | <i>53</i> |
| 5.1.5 | <i>Situação Econômica</i> | <i>55</i> |
| 5.1.6 | <i>Condições de Moradia, Água e Saneamento</i> | <i>58</i> |
| 5.1.7 | <i>Situação de Saúde (Perfil Sanitário)</i> | <i>58</i> |
| 5.1.9 | <i>Insegurança Alimentar e Nutricional</i> | <i>61</i> |
| 6 | VIABILIDADE | 64 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES | 65 |
| | REFERÊNCIAS | 66 |

1 INTRODUÇÃO

A questão da formulação de políticas e estratégias de combate à fome, a miséria e a pobreza como forma de garantir a segurança alimentar adequada às populações tem sido discutida em diferentes setores de conhecimento no mundo e por diversos países e seus parceiros de desenvolvimento, apontando este caminho como sendo fundamental para o alcance das demais metas do milênio para o desenvolvimento.

Faz parte dos Direitos Humanos ter acesso à alimentação em quantidade e qualidade adequada e ainda suficiente durante todo tempo sem comprometer o acesso a outras necessidades humanas básicas de acordo com o conceito da segurança alimentar e nutricional, cabendo ao estado o papel fundamental de garantir esse direito através de formulação de políticas públicas e devem fazê-lo com a participação da sociedade civil:

O ato de se alimentar é uma das atividades humanas que mais reflete a enorme riqueza do processo histórico de construção das relações sociais que se constituem no que podemos chamar de "humanidade", com toda a sua diversidade, e que está intrinsecamente ligado à identidade cultural de cada povo ou grupo social (VALENTE, 2002).

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (LEI ORGANICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2006).

Quando não é assegurado o Direito humano de acesso a alimentos em quantidade e qualidade de modo contínuo/ e ou as condições para sua obtenção, e o acesso a outras necessidades humanas básicas são geradas situação de insegurança alimentar (IA) que podem ser identificadas por diferentes manifestações, como fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação, consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial a saúde, estrutura de produção de alimentos predatória em relação ao ambiente e bens essenciais com preços abusivos e imposições de padrões alimentares que não respeitem a

diversidade cultural (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR, 2006, p. 4).

Desde o início deste milênio, a questão da insegurança alimentar no mundo tem sido alvo de grande preocupação e de esforços conjuntos de vários governos e de organizações internacionais para minimizar esta problemática, constituindo também a parte importante para o desenvolvimento conforme estabelecido pela Declaração de Roma resultante da Cimeira Mundial da Alimentação (CMA) realizada em 1996, e ainda reafirmado em outra CMA cinco anos mais tarde. Neste contexto da preocupação com a redução da fome, emergiu também a preocupação com o instrumento adequado para a avaliação da insegurança alimentar nos seus variados níveis por meio de escala de aferição deste problema, instrumento este capaz de identificar populações com fome e também vulneráveis à fome, sendo esta, uma estratégia importante na definição e no direcionamento das políticas públicas de combate a fome e a vulnerabilidade alimentar.

Na Guiné-Bissau a fome e a subnutrição se apresentam como um problema crônico de grande parte da população, constituindo, atualmente, a necessidade de ter uma metodologia capaz de identificar as pessoas vulneráveis à problemática da insegurança alimentar (IA) para que se possa oferecer uma atenção especial às questões ligadas aos problemas nutricionais, levando em consideração as possibilidades de melhoria do bem estar socioeconômico das pessoas. Uma das formas de medir a IA foi desenvolvida nos EUA, cuja utilização e eficácia têm sido comprovadas em muitos países. Esse método surge devido à constatação de que o rendimento domiciliar, disponibilidade calórica *per capita*, antropométrica ou outros indicadores indiretos são insuficientes para identificar populações sob risco de IA, ou seja, não medem de forma direta a fome e IA, levando assim ao desenvolvimento de uma escala de medida da percepção direta da IA e fome pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos tendo como base a metodologia desenvolvida pelos pesquisadores da Universidade de Cornell e outros estudos desenvolvidos na década de 1980 (PEREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Atualmente esta escala é traduzida para diversos idiomas em muitos países, e está sendo adaptada e aplicada, possibilitando assim a identificação de populações vulneráveis à problemática da fome e/ou IA (IBGE, 2004; PEREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

A adoção de escalas tem sido recomendada por ser considerada uma ferramenta de medida direta da fome, também pelo fato de possuir um custo relativamente baixo, fácil aplicação e que permite aos países a descentralização dos seus esforços de monitoramento e implantação de políticas de combate a IA e a fome (PEREZ-ESCAMILLA, 2005). A Guiné-Bissau sendo um dos países mais pobres do mundo, onde a população vivencia no cotidiano situações de fome, da desnutrição infantil e a deficiências de micronutrientes principalmente em crianças e gestantes, a importância da adoção da escala sendo uma ferramenta de baixo custo, permitiria identificar grupos populacionais vulneráveis a este fenômeno, e conseqüentemente o direcionamento das políticas públicas de redução da fome e carências nutricionais.

Ressalta-se que a declaração de Roma sobre a Segurança Alimentar Mundial e o Plano de Ação da Cúpula Mundial da Alimentação, de 1996, do qual a Guiné-Bissau é signatária, os Estados se comprometeram a erradicar a fome em todos os países, com o objetivo imediato de reduzir à metade o número das pessoas que convivem com este problema, até o mais tardar no ano de 2015. Organização das Nações Unidas assumido também o objetivo de reduzir a extrema pobreza e a fome neste milênio (DECLARAÇÃO DE ROMA SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL E PLANO DE ACÇÃO DA CIMEIRA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO, 1996). Na mesma declaração os Estados ainda reafirmaram o Direito de todos a terem acesso a alimentos seguros e nutritivos, de acordo com o Direito a uma Alimentação Adequada e com o Direito essencial de todos de não ser vítima da fome, cabendo ao Estado o papel de promover e de garantir o exercício desses Direitos por meio de políticas públicas, bem como por meio da participação social.

A importância das questões referentes à metodologia capaz de aferir a segurança e IA nos seus variados níveis, é cada vez mais, uma preocupação de muitos países subdesenvolvidos para definição das políticas públicas de combate à fome.

Os dados da FAO, indicam que a insegurança alimentar com fome é uma realidade contínua para milhões de pessoas em todo mundo, com maior prevalência na África, Ásia e América Latina, e isso fez com que se constituí como tema de pesquisa na busca de um instrumento adequado para medida deste fenômeno que assegure comparações entre países ou entre comunidades com contextos

socioeconómico e culturais diferentes (FAO, 2009 et al. YOUYAMA 2008). Pesquisas e revisões recentes apontam para essa possibilidade a partir da identificação de aspectos da experiência da insegurança alimentar e da fome considerados universais.

A experiência internacional com uso desta escala indica que ela captura de forma universal dimensões e aspetos importantes do fenómeno da da fome. Ainda este instrumento pode ser aplicado de maneira fácil e rápida, sendo assim, é importante adapta-la e incorporá-la em pesquisas para descrever o perfil de segurança e IA em cada país (PEREZ-ESCAMILLA, 2005).

Dentre os diversos países em que a escala foi adaptada e validada, pode-se citar os países da América Latina e África, a exemplo do México, Brasil com amplo uso da versão brasileira, Equador, Bolívia, Colômbia, Senegal, Burkina Faso e Gana, onde os resultados obtidos foram considerados pelos pesquisadores consistentes e coerentes com os resultados esperados (PEREZ-ESCAMILLA et al, 2004).

Esse instrumento de medida direta de segurança e/ou insegurança alimentar é importante tendo em vista a tentativa de superação de metodologias tradicionais de medição da fome a partir de parâmetros antropométricos e a ingestão calórica (SEGALL-CORRÊA, 2007). Além disso, a escala permite identificar populações de risco que devem ser alvo de programas públicos de combate à fome, por fornecer a possibilidade de diagnosticar situações relacionadas à fome no domicílio, além de, contribui para localizar grupos populacionais de maior vulnerabilidade (PEREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Esta escala agrega a percepção de preocupação em relação aos problemas relacionados à quantidade de alimentos e/ou qualidade da dieta, além de permitir captar, não somente as dimensões físicas da insegurança alimentar, mas também os aspectos psicológicos relacionados a essa insegurança, permitindo assim a categorização dos domicílios segundo sua vulnerabilidade e ou risco de IA (PEREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Na Guiné-Bissau a preocupação com a segurança alimentar é antiga, vindo desde os primórdios da independência e colocando-se com maior pertinência a necessidade de dar uma especial atenção às questões ligadas aos problemas da insegurança alimentar, levando em consideração as possibilidades de melhorar

aspectos essenciais para a promoção da segurança alimentar e nutricional e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Em Guiné-Bissau, onde a maioria da população vive de agricultura de subsistência e com baixa renda para compra de alimentos o conceito de insegurança alimentar definido por níveis de escalas de gradação, onde a dificuldade de acesso aos alimentos, determinada pela falta de renda, pode não representar, de forma global, a forma de obtenção de alimentos, as condições de vida e as características sociais e culturais próprias de populações guineense.

O advento de pesquisas que priorizem o discurso e a percepção de quem tem fome ou que já vivenciou, em algum momento de sua vida, poderá contribuir para o direcionamento de políticas sociais de saúde e nutrição mais eficientes.

Diante do exposto observa-se a relevância de dispor de uma metodologia de medida direta de insegurança alimentar/fome adequada às características demográficas e a realidade sociocultural da população guineense, pois permitirá identificar famílias vulneráveis a insegurança alimentar (IA) bem como as causas dessa vulnerabilidade. Neste sentido subsidiaria aos órgãos competentes na formulação, no planejamento e implementação de políticas públicas voltadas para seguimento populacional mais pobre, e assim, possibilitar melhorias das condições de vida e nutricional da população guineense. Além disso, outra contribuição desta pesquisa é fornecer subsídios técnicos e científicos para contribuir com estratégia de validação e adequação da escala Americana de insegurança alimentar, em Guiné-Bissau.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a pertinência e viabilidade de validação da escala para Guiné-Bissau.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a realidade da Guiné-Bissau;
- b) Analisar as experiências do processo de validação da escala americana de insegurança alimentar.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Escala americana de percepção de insegurança alimentar

Esta metodologia surgiu, devido a comprovação, em muitos países, de que o rendimento domiciliar, à disponibilidade calórica *per capita*, antropométrica e outros indicadores tradicionalmente utilizados para mensurar a fome são insuficientes para identificar populações vulneráveis a IA bem como as causas desta vulnerabilidade.

Esta situação levou os pesquisadores da Universidade de Cornell desenvolveram a metodologia de aferição de IA com métodos qualitativos para abordar e compreender a IA e a fome, a partir de entrevistas feitas com 32 mulheres pobres, com idade compreendida entre 18 e 55 anos, residentes em áreas urbanas e rurais do Estado de Nova York sobre as suas experiências com os problemas alimentares e a fome, bem como de suas crianças.

Com base nas respostas relatadas pelas mulheres pesquisadas, foram elaboradas 10 questões abrangendo tanto a percepção de preocupação com a incerteza da escassez de alimentos no futuro, como também, aos problemas relacionados ao acesso contínuo de alimentos e a qualidade da dieta (RADIMER et al., 1990).

Na década de 1990, os pesquisadores do Departamento de Agricultura dos EUA, (USDA) desenvolveram itens de medida da fome e IA adequada para uso nacional neste país, embasados na escala de Cornell e outras, tais como, Community Childhood Hunger Identification Project (CCHIP) (BICKEL et al., 2000; PERREZ-ESCAMILLA, 2005; KEPPLER; SEGALL-CORRÊA, 2009). Esta escala é composta por 15 itens e 3 sub-itens, sendo que 8 deles são dirigidos para os agregados familiares onde haja moradores menores de 18 anos e outros 10 para os agregados familiares onde não há moradores menores de idade.

Cada domicílio recebe uma pontuação total baseada no número de respostas afirmativas aos itens e sub-itens respondido (BICKEL et al., 2000; PERREZ-ESCAMILLA, 2005). Estes itens se referem às condições, experiências e comportamentos das famílias nos últimos 12 meses, que variam desde da preocupação com a possível falta do alimento antes que houvesse dinheiro para futuras compras de alimentos até a vivência da sua real falta. Isso permite

determinar se as famílias têm dificuldades para cobrir suas necessidades alimentares mínimas, em algum momento durante o período (BICKEL et al., 2000).

Os domicílios por sua vez são classificados em quatro categorias de segurança ou IA de acordo com o número de respostas afirmativas, com base em várias condições, experiências e padrões de comportamento que caracterizam cada intervalo de gravidade para cada famílias em seus respectivos domicílios: (I) segurança alimentar, (II) AI sem fome, (III) IA com fome moderada e (IV) domicílios em IA com fome severa, esta medida permite estimar o número de famílias americanas que tiveram experiência de IA e fome (HAMILTON et al., 1997; BICKEL et al., 2000; SEGALL-CORRÊA et al., 2004; PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; MONCADA; ORTEGA, 2006).

Desde a sua disseminação em 1995, a escala de IA do USDA tem sido aplicada neste país na pesquisa telefônica mensal (Current Population Survey, do Bureau of Census), e, também, nas pesquisas periódicas de Saúde e Nutrição (National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES) (BICKEL et al., 2000, PERREZ-ESCAMILLA, 2005). Com este instrumento, a insegurança alimentar é percebida em seus vários níveis, desde a preocupação de que o alimento venha a acabar antes de haver dinheiro para compra de novos suprimentos, onde se configura a dimensão psicológica da insegurança alimentar (BICKEL et al., 2000).

Atualmente, esta escala está sendo validada e aplicada em diversos países do mundo, independentemente do grau de desenvolvimento para diagnosticar a quantidade de pessoas que estão vivendo em situação de insegurança alimentar/fome e as que estão mais vulneráveis a este fenômeno. Além disso, essa escala auxilia no direcionamento das políticas públicas, bem como é utilizada para observar o impacto dessas políticas públicas (PERREZ-ESCAMILLA, 2005).

As pesquisas realizadas nestes países confirmaram a eficiência da escala do USDA para mensurar a segurança e/ou insegurança alimentar em contextos sócio-econômicos diferentes dos Estados Unidos (PERREZ-ESCAMILLA et al., 2005).

3.2 Evoluções Históricas do conceito de Segurança Alimentar

O conceito de segurança alimentar é um conceito amplo em evolução que tem sofrido diversas alterações e divergências na sua definição, com o propósito de

torná-lo cada vez mais adequado as necessidade humanas básicas em cada época (BURITY et al., 2010).

Historicamente o termo “segurança alimentar começou a ser utilizado na Europa, a partir da primeira guerra mundial (1914-1918)”. Nesta era, o conceito estava totalmente voltado a preocupações ligadas ao conceito de segurança nacional e com a capacidade de cada país produzir a todo instante sua própria alimentação para satisfazer as necessidades alimentares de sua população como forma a não ficar vulnerável a possíveis cercos, embargos ou boicotes devido as motivações política ou militar (BURITY et al., 2010: VALENTE, 2002).

Entretanto, o conceito de segurança alimentar ganhou força a partir da Segunda Guerra Mundial 1939- 1945, particularmente, a partir da fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. Entre as recém-criadas organizações intergovernamentais ocorreu tensão política entre os organismos como a FAO, que entendiam o acesso ao alimento de qualidade em quantidade suficiente como sendo um Direito Humano e outras Instituições do *Bretton Woods*, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, que entendiam que a segurança alimentar seria garantida através de mecanismos de mercado (BURITY et al., 2010).

O conceito de segurança alimentar, nesta época, estava totalmente afastado de enfoque de Direito Humano de ter acesso a uma alimentação saudável a todo instante, o foco estava voltado para o aumento da produção de alimentos em todo mundo principalmente nos países em desenvolvimento. “A ênfase estava na comida e não no ser humano” (BURITY et al., 2010: VALENTE, 2002).

Havia o entendimento de que a insegurança alimentar e a fome eram determinados exclusivamente pela baixa produção de alimentos especialmente nos países subdesenvolvidos. Foi neste sentido que foi promovida a Revolução Verde que procurava difundir a idéia de que o aumento da produção agrícola de alimentos diminuiria a fome e a subnutrição no mundo (INSTITUTO CIDADANIA, 2001; MALUF; MENEZES, 2004; VALENTE, 2002).

As primeiras experiências no que concerne à Revolução Verde (RV) para o aumento da produção de alimentos associado ao uso de novas variedades genéticas, assegurado com emprego maciço de insumos químicos (fertilizantes e agrotóxicos) foram feitas na Índia, porém sem nenhum impacto na redução de pessoas famintas e subnutridas neste país (BURITY et al., 2010: MALUF;

MENEZES, 2004). Conforme Valente (2002), a Revolução Verde aumentou sem dúvida a produção de alimentos e, mas também fez crescer o número de pessoas com fome, excluídos e agravos ambientais (VALENTE, 2002), isto porque a estratégia adotada por esta revolução não garantiu que todas as pessoas tivessem o direito de acesso aos alimentos de modo permanente e nem fez desaparecer os problemas sociais associados à fome e à subnutrição que ainda atinge parcelas significativas da população mundial (BURITY et al., 2010; MALUF; MENEZES, 2004; VALENTE, 2002). Por causa de conquistas dos Direitos Humanos e de debates importantes em torno da alimentação e de redução da fome, as definições de segurança alimentar tem sofrido diversas modificações e ampliação para assumir o enfoque de Direitos Humanos de ter acesso a Alimentação adequada (VALENTE, 1995). É neste contexto que em 1983, a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO, 1983 apud VALENTE, 1995) apresentou um novo conceito de segurança alimentar com três objetivos essenciais nomeadamente:

- a) Oferta adequada e permanente de alimentos,
- b) Estabilidade da oferta e dos mercados de alimentos, isto é, manter estável a oferta e acesso aos alimentos para que a população não possa correr o risco de consumir menos do que deveria em decorrência de crise econômica e ou climática.
- c) Segurança no acesso aos alimentos oferecidos.

Os três objetivos são importantes para o alcance da SA mas não são por si só suficientes para garantir a segurança alimentar.

Foi com base nestes objetivos referidos acima que, em 1986, o Banco Mundial conceituou a Segurança Alimentar como sendo o acesso por parte de todas as pessoas, durante todo momento a recursos alimentares de qualidade e em quantidade suficiente que permitem levar uma vida activa e saudável e produtiva. A partir deste momento, os debates e as discussões passaram a considerar que a garantia da Segurança Alimentar para todos, vai além a auto-suficiência de alimentos, isto porque supõe também a garantia do poder aquisitivo da população, do crescimento econômico, da redistribuição de renda, do direito a terra para produção de alimentos para autoconsumo e da redução da pobreza e miséria (VALENTE, 2002).

Com o propósito de tornar estável o conceito de Segurança Alimentar no final da década 1980, e início dos anos 1990, houve a necessidade de expandir este conceito para incluir outras noções tais como: alimento seguro, isto é, com boa qualidade sem apresentar risco de contaminação biológica ou quimicamente que possa representar riscos à saúde das pessoas; os alimentos disponíveis nos mercados nacional e nos domicílios devem ser de qualidade biológica, sanitária e tecnológica; do balanceamento da dieta e ainda devem ter qualidade nutricional suficiente para satisfazer as necessidades dietéticas das pessoas, e ainda devem ser aceitáveis culturalmente para as pessoas a que se destina (VALENTE, 2002). Segundo Burity et al., (2010), esta idéia foi consolidada nas declarações da Conferência Internacional de Nutrição, realizada em Roma, em 1992, pela *Food and Agriculture Organization* (FAO) e pela OMS dando uma face humana ao conceito de segurança alimentar. Ainda na mesma conferencia adotou-se também o conceito de segurança alimentar domiciliar onde além do componente de segurança alimentar entendido como oferta e acesso à alimentação de qualidade, incluiu-se as noções de assistência básica à saúde (abastecimento de água, saneamento, saúde pública) e o cuidado provido no lar aos membros da família (carinho, atenção, preparo do alimento, aleitamento materno, estimulação psicossocial, informação, apoio educacional etc.) (FAO, 1992 apud VALENTE, 2002). A partir daí agrega-se definitivamente o aspecto nutricional e sanitário ao conceito, que passa a ser denominado Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (BURITY et al., 2010). Porém todas as dimensões devem estar presentes ao mesmo tempo durante todas as fases de vida do indivíduo para que se confirme a situação de segurança alimentar e nutricional, visto que se encontram relacionadas.

Ao mesmo tempo, passa-se também a considerar a questão da equidade e da justiça, especialmente no que tange as relações éticas entre a geração atual e as futuras gerações, o uso adequado e sustentável dos recursos naturais, do meio ambiente e do tipo de desenvolvimento adotado. O direito à alimentação passou a inserir-se no contexto do direito à vida, dignidade, à autodeterminação e à satisfação de outras necessidades básicas (SEN, 1981 apud VALENTE, 2002).

A construção do conceito de Segurança Alimentar foi motivo de diversas discussões e disputa, visto que a questão alimentar mexe com diferentes tipos de interesses, isso fez com que a criação do termo fosse divergente nos diferentes setores da sociedade (BURITY et al., 2010; MALUF; MENEZES, 2004). O conceito

de segurança alimentar evoluiu conforme a evolução da história da humanidade com modificações da organização social e das relações de poder e da sociedade (BURITY et al., 2010).

A segurança alimentar não pode ser alcançada sem que haja condições que assegurem o acesso aos alimentos e outras necessidades humanas básicas fundamentais para a sobrevivência digna. Isto porque, mesmo quando a alimentação de um indivíduo é adequada, os problemas de saúde resultantes de epidemias, falta de acesso a serviços de saúde e fraca disponibilidade de água potável, e o acesso a outras necessidades básicas podem resultar em insegurança alimentar (VALENTE, 2002).

3.3 Direito Humano a Alimentação Adequada

A promoção da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada está prevista em diversos tratados e documentos internacionais e direta ou indirectamente, em três instrumentos legais de proteção dos Direitos Humanos no continente africano.

No dia 10 de Dezembro de 1948, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estes Direitos surgiram devido a crueldade das violações da dignidade humana provocadas no mundo, durante a Segunda Guerra Mundial (VALENTE, 2005). Em virtude desses horrores, em meados do século XX, consolidaram-se internacionalmente estes Direitos. “Estes são Direitos inerentes a todos os seres Humanos, independentemente de sexo, cor, etnia, religião, condição socioeconômica, cultural, educacional e/ou profissional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, art. 2)”.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos através do seu artigo 25º explicita que:

Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, **inclusive à alimentação**, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

O desenvolvimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos é considerado como marco internacional na promoção e proteção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), e em decorrência disso, tem surgido também diversos ideários internacionais para proteção deste direito (VALENTE, 2002). A segurança alimentar e nutricional pressupõe acima de tudo a garantia do DHAA. O DHAA é um Direito Humano indivisível, universal e não discriminatório que assegura a qualquer ser humano o Direito de ter uma alimentação adequada de acordo com os hábitos alimentares de sua cultura (VALENTE, 2002).

Na Conferência Mundial sobre Alimentação, promovida pela FAO e OMS em 1973, as Nações Unidas determinaram que “todo homem, mulher, criança, tem o Direito inalienável de viver livre da fome e da desnutrição”, neste sentido a comunidade internacional bem como os estados e governos dos países signatários da ONU deveriam ter como objetivo principal garantir “o acesso, durante todo tempo, por parte de todos, a alimento suficiente para levar uma vida activa e sadia ” (VALENTE, 2002).

A alimentação foi reafirmada em 1966, no artigo 11º do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), como Direito Humano, de não padecer de fome e desnutrição, inerente a toda pessoa por pertencer a espécie humana. Mais tarde, em 1999, o Comitê dos Direitos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) formulou uma definição mais detalhada dos direitos relacionados à alimentação em seu Comentário Geral nº 12 (DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO E TERRA RURAL PLATAFORMA DhESCA BRASIL, 2008).

O direito à alimentação adequada é alcançado quando todos os homens, mulheres e crianças, sozinhos, ou em comunidade com outros, têm acesso físico e econômico, em todos os momentos, à alimentação adequada, ou meios para sua obtenção. O direito à alimentação adequada não deve ser interpretado como um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos. O direito à alimentação adequada, também exigiria a elaboração participativa de uma estratégia nacional de promoção de políticas públicas integradas. No entanto, os estados têm a obrigação precípua de implementar as ações necessárias para mitigar e aliviar a fome, como estipulado no parágrafo 2 do artigo 11, mesmo em épocas de desastres, naturais ou não (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999).

Nos últimos tempo a discussão sobre o Direito Humano à Alimentação (DHA) e Segurança Alimentar e Nutricional, e ainda sobre o desenho de políticas

públicas nesta área, vem sendo ampliada e reconhecida em consensos e acordos internacionais, como forma de fazer com que os estados e a sociedade civil em conjunto reúnam os esforços para redução da proporção de pessoas subalimentadas no mundo, através de ações concretas que propicia o acesso a alimentação e o acesso outras necessidades humanas básicas a ele relacionado (VALENTE, 2002).

O Direito Humano à Alimentação Adequada também está bem explicito no Artigo 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher de 1979, do mesmo modo nos Artigos 24 e 27 da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989. Ainda observa-se que no espaço interamericano, o DHAA está previsto no Artigo XI da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem de 1948, no Pacto de São José de 1969, em que no seu Artigo 4º refere-se ao direito à vida e no artigo 12 Protocolo de São Salvador (PLATAFORMA DHESCA BRASIL, 2008, p. 10).

Ainda na mesma fonte, a valorização destes ideários também tem sido implementada em outros eventos, como a convenção sobre os Direitos das Crianças em 1989; na Declaração da Organização Mundial da Saúde, sobre Saúde para Todos no ano 2000 e no âmbito dos objetivos do desenvolvimento do milênio”.

O DHAA também é reconhecido, nos três principais instrumentos de proteção dos Direitos Humanos no continente africano: a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (denominada a seguir CADHP), a Carta Africana dos Direitos e do Bem-Estar da Criança e o Protocolo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos relativo aos direitos das mulheres.

A CADHP não reconhece directamente o direito à alimentação, mas outros direitos a ele correlacionados, tais como: o direito de toda pessoa de gozar da saúde física e mental (artigo16), o direito de todos os povos a um meio ambiente satisfatório e global, adequado ao seu desenvolvimento (artigo24), consagra ainda o direito de todos os povos à livre disposição de suas riquezas e de seus recursos naturais (CARTA AFRICANA DOS DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS , 1981). A referida carta Africana ainda, prevê que a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (comADHP), que controla o respeito à CADHP, deve se inspirar na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e em todos os tratados relativos aos direitos humanos ratificados pelos Estados africanos, que inclui todos os tratados internacionais que consagram o direito à alimentação, e em particular o

Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (CARTA AFRICANA DOS DIREITOS HUMANOS E DOS POVOS, 1981).

A Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança prevê em seu (artigo 14,p.4), que os Estados devem “assegurar o fornecimento de alimentos nutritivos e de acesso a água potável “ e “ lutar contra a doença e a malnutrição no âmbito dos cuidados de saúde primária”.

O Protocolo, à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos relativo aos direitos das mulheres em seu (art.15), defende o direito da mulher a segurança alimentar e cabendo aos Estados garantir às mulheres o direito ao acesso a uma alimentação saudável e adequada de modo permanente. Neste sentido, os Estados devem adoptar medidas apropriadas para assegurar à mulher o acesso à água potável, às fontes de energia doméstica, à terra e aos meios de produção de alimentos; e estabelecer sistemas de aprovisionamento e de armazenagem adequados para garantir a segurança alimentar. Ainda consagra também em seu artigo 14, o direito à saúde, que compreende o direito das mulheres à serviços nutricionais durante a gravidez e o período de amamentação, os direitos econômicos e à protecção social e o direito das mulheres à uma protecção especial em caso de perigo.

Conforme Valente (2002), a alimentação adequada é um Direito Humano básico que está acima de qualquer razão que possa ser usado para justificar sua negação, seja ele de ordem econômica ou política. Acrescenta, ainda, o autor que não deve ser aceito que o Direito Humano a alimentação fique a espera de condições políticas ou econômicas “ideais” para que ele seja assegurado. “Ele é um direito primordial, pois é o direito a própria vida (VALENTE, 2002, p. 111)”.

O Direito Humano à Alimentação Adequada possui duas dimensões: o primeiro de assegurar a qualquer ser humano direito de viver livre da fome e o segundo de ter uma alimentação adequada de acordo com os hábitos alimentares de suas culturas. A realização destas duas dimensões é fundamental para a realização de outros direitos consagrados na carta dos direitos Humanos, por fazer parte do direito a vida (BURITY et al , 2010; VALENTE, 2003).

Segundo Valente (2002, p. 24):

[...] a definição do que é uma alimentação adequada não pode ser reduzida a uma ração nutricionalmente balanceada. Mas sim, aquela que colabora para a construção de seres humanos saudáveis, conscientes de seus direitos e deveres como cidadãos e cidadãos do

Brasil e do mundo. Conscientes, inclusive, da sua responsabilidade para com seus descendentes”.

O termo adequação refere-se não só a um pacote mínimo de calorias e outros nutrientes, mas também o acesso à condições socioeconômico, culturais, ambientais para viver uma vida digna (CONSEA, 2004).

Valente (2003, p. 4) afirma ainda que:

A realização do direito humano à Alimentação e Nutrição adequadas depende: i) da disponibilidade de alimentos saudáveis e seguros, produzidos de forma sustentável; ii) da possibilidade de acesso aos mesmos, seja pela produção para consumo, seja por um trabalho que gere a renda necessária; iii) da possibilidade de acesso a alimentos culturalmente adequados; iv) da existência de mecanismos de transporte e armazenamento adequados; v) de condições de transformação adequada, com higiene, dos alimentos no domicílio ou em espaços públicos (água limpa, saneamento adequado, utensílios, refrigerador, combustível, etc); vi) das condições de vida e de habitação das famílias; vii) do nível de informação sobre higiene e práticas e hábitos alimentares saudáveis; viii) das condições de saúde das pessoas e famílias; ix) do acesso a serviços de promoção e atenção à saúde e x) de serviços de controle de qualidade dos alimentos, entre outros.

Esta definição é mais ampla, pois demonstra a indivisibilidade e a interrelação de todos os direitos humanos.

Segundo Maluf, Menezes e Valente (1996), assegurar o direito humano à alimentação requer a “efetivação de um processo de reforma agrária massiva do direito a terra e profunda revisão das formas sociais de produção agrícola, com vistas a fortalecer e modernizar a agricultura familiar”. Os autores ainda referem a “regularização das relações de trabalho no campo e da previdência rural”, bem como a necessidade de readaptar a agroindústria e a indústria alimentar visando um manejo agroalimentar capaz de criar um circuito regional indutor de concorrência e que possibilite a redução do alto grau de perdas e a superação de gargalos no armazenamento e no transporte e o respeito à diversidade regional. Salientam, por último, a fundamental recuperação e/ou criação de mecanismos de regulação pública das condições de produção e distribuição dos alimentos, fazendo frente à atual auto-regulação do mercado que tem na competitividade o fundamento da regulação das relações econômicas e sociais e à internalização e oligopolização crescentes”.

O Direito Humano a Alimentação começa pela luta de garantir a todos os cidadãos o acesso diário a alimentos em quantidade e qualidade suficiente durante

todo tempo, para atender as suas necessidades nutricionais básicas e essenciais para levar uma vida ativa e saudável, além de respeitar os seus hábitos alimentares, culturais, suas opções e seus gostos. Do mesmo modo, o direito à alimentação passa pelo direito de acesso aos recursos, meios e terras para produzir ou adquirir alimentos suficientes e saudáveis, que possibilitem uma alimentação de acordo com os hábitos alimentares de cada povo, cada país, cada região e/ou de cada origem étnica (VALENTE, 2002).

Sendo assim, o Estado deve garantir esse direito por meio da formulação e implementação de políticas públicas, bem como estabelecer mecanismos que permitam a participação social.

3.4 A Fome e a Insegurança Alimentar(la) no Mundo

Figura 1 - A fome e a insegurança alimentar no mundo



FONTE: FAO, 2001

Este tópico inicia com uma breve descrição dos conceitos da fome e desnutrição, pois constituem-se nas manifestações mais perversas da insegurança alimentar.

A fome no mundo tem sua trajetória moderna marcada pela diferença étnica (racismo), desigualdades sociais, pobreza, questões ambientais, guerras e a influência principalmente da indústria de alimentos. A fome ameaça não só a vida das pessoas, mas também a sua dignidade como pessoa humana. Uma carência grave e prolongada de alimentos provoca consequências relacionadas a fatores

estruturais e pessoais, colocando a pessoa numa situação de exclusão social e econômica, levando a apatia, a perda de sentido social, a indiferença e, por vezes a hostilidade principalmente em relação aos mais frágeis: em particular as crianças, as mulheres e os idosos.

Para Valente (2003, p.56), a língua portuguesa não tem palavras específicas para definir “*famine*” e para “*starvation*”, ela pode ser usada para uma variedade de situações, desde o desejo fisiológico de estar com fome e de comer até a situação extrema da fome epidêmica e aguda, que é carência temporária de alimentos. O autor ainda aborda o conceito da fome e da alimentação, num panorama de Direitos humanos, incorporando as dimensões relacionadas a diferentes aspectos como, históricas, culturais, psicológicas e espirituais dos seres humanos, incluindo a questão básica da dignidade humana. Neste caso salienta Valente (2002, p. 57) que:

Ver os filhos passarem fome é passar fome. Comer lixo é passar fome. Comer o resto do prato dos outros é passar fome. Passar dias sem comer é passar fome. Comer uma vez por dia é passar fome. Ter que se humilhar para receber uma cesta básica é passar fome. Trocar a dignidade por comida é passar fome. Ter medo de passar fome é estar cativo da fome. Estar desnutrido também é passar fome, mesmo que a causa principal não seja falta de alimento.

Monteiro (2003), em seu artigo sobre a dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil, faz uma diferenciação da fome, definindo a forma aguda como urgência de alimentar, a um grande apetite. Enquanto a forma crônica “ocorre quando a alimentação diária, habitual, não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades quotidianas, resultando em desnutrição por deficiência energética crônica”.

A desnutrição é por sua vez definida como sendo doença decorrente do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou ainda do aproveitamento inadequado dos alimentos ingeridos pelo organismo, que em criança é causada geralmente pelo desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico da dieta em vitaminas e minerais e a incidência repetida de infecções, particularmente doenças diarréicas e parasitoses intestinais (MONTEIRO, 2003).

“*famine*” fome aguda epidêmica.

“*starvation*” processo agudo de fome/desnutrição que pode levar à morte.

Valente (2002, p.28), refere que ao “faminto não é negado apenas o Direito de nutriente, mas também o de acesso a alegria e prazer de comer, de compartilhar refeições com amigos e familiares, de viver seus hábitos e práticas alimentares de sua cultura”. O autor ainda cita que ao desnutrido também é recusado o Direito a um organismo e um corpo saudável.

As estatísticas da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) indicam que muitos países em desenvolvimento estão longe do domínio da segurança alimentar, isto é, de garantir as populações o Direito Humano de ter acesso a alimentação adequada durante todo tempo.

As estatísticas da FAO (2004), indicam que (1) a cada ano mais de 20 milhões de crianças, nos países em desenvolvimento, nascem com baixo peso para idade, (2) em cada 3,5 segundos morre um ser humano vítima da subnutrição; (3) 40% das mulheres dos países em desenvolvimento são anêmicas e com abaixo do peso, (4) estima-se ainda que 815 milhões, em todo o mundo sejam vítimas crônica ou grave de subnutrição, a maior parte das quais são mulheres e crianças dos países subdesenvolvidos, (5) uma pessoa a cada sete sofre da fome no mundo (6) cerca de 11 mil crianças no mundo morrem de fome todos os dias, (7) um terço das crianças dos países em desenvolvimento apresenta atraso no crescimento físico isto é baixa altura para idade, indicando a desnutrição crônica, (8) 1,3 milhão de pessoas no mundo não dispõe de água potável para o consumo.

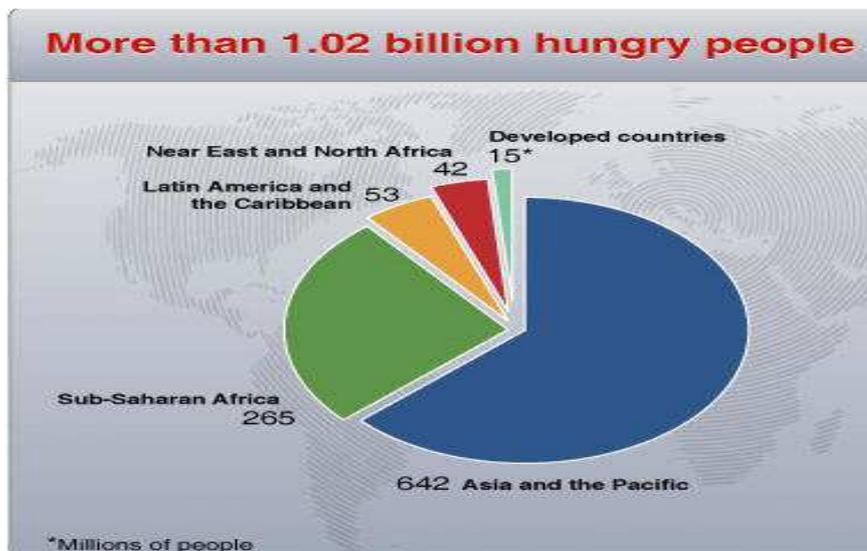
As estimativas da FAO de 2007 indicam que o número de pessoas que sofrem da subalimentação no mundo era de 923 milhões, ou seja um aumento de 80 milhões desde o período de 1990-1992, sendo este o período de referência para o objetivo de redução da fome determinada pela Cimeira Mundial de Alimentação. Apesar dos esforços conjunto dos estados e da FAO na redução proporção de pessoas famintas, o número das pessoas subalimentadas no mundo continua persistentemente alto com maior incidência nos anos de 2008 e 2009, tendo como principal causa a crise econômica e aumento no preço dos alimentos associado a baixo rendimento econômico das pessoas, que consequentemente compromete a realização dos objetivos internacionais da Cimeira Mundial da Alimentação de 1996 e dos Objetivos do Milênio para o desenvolvimento, que estabeleceu o ano de 2015 como a data limite para reduzir a 50% a percentagem de população subalimentada no mundo (FAO, 2008, p. 6).

Havia um avanço considerável sobre a redução da proporção de pessoas subalimentadas no mundo em desenvolvimento, tendo diminuído quase 20% em 1990-92 para menos de 18% em 1995-97 e ligeiramente acima de 16% em 2003-05. As estimativas mostram que o aumento dos preços dos alimentos inverteu esta tendência e a proporção de pessoas subalimentadas no mundo retornou a 17%. Resulta daqui que com o aumento dos preços dos bens alimentares, os progressos realizados para atingir os objetivos internacionais de redução da fome tiveram um retrocesso, e ao mesmo tempo, quer no que diz respeito ao número de pessoas subalimentadas quer quanto à predominância da fome (FAO, 2008, p.6).

Ao nível regional, os maiores aumentos do número de pessoas subalimentadas em 2007, ocorreram na região da Ásia e Pacífico e na África subsaariana. Em conjunto, estas duas regiões representavam 750 milhões de pessoas que sofriam da fome em 2003-05 (ou seja, 89% do total mundial). Ainda na mesma fonte, o aumento dos preços fez cair mais 41 milhões de pessoas na região da Ásia e Pacífico e 24 milhões na África subsaariana abaixo do limiar da fome (FAO,2008).

As estimativas da FAO (2009) sobre o estado da insegurança alimentar no mundo, apontam para existência de mais de 1,02 bilhão de pessoas em todo o mundo vítimas crônicas ou graves de subnutrição, a maior parte das quais são mulheres e crianças dos países subdesenvolvidos, o que representa uma pessoa em cada seis seres humanos. Entre esse bilhão de pessoas, seis milhões de crianças morrem todos os anos, direta ou indiretamente, das conseqüências da desnutrição ou seja, uma criança a cada 5 segundos. Para a mesma fonte, a grande maioria das pessoas subalimentadas no mundo encontra-se nos países subdesenvolvidos, vivem em áreas rurais, e dependem da agricultura diretamente ou indiretamente para conseguirem os seus meios de subsistência conforme indicado na figura abaixo.

Figura 2 - Estimativa de pessoas subalimentadas no mundo.



FONTE: FAO (2009).

As estatísticas da FAO, demonstram que o Direito à alimentação adequada e o Direito de estar livre da fome estão distantes da realidade de milhões de pessoas em todo o mundo. É urgente unir esforço, tanto por parte dos governos bem como da sociedade civil e organismos internacionais para minimizar a problemática da fome no mundo. A FAO evidencia ainda que a humanidade está longe de alcançar os objetivos assumidos para a redução da fome em muitos países do mundo até 2015.

3.5 Experiência de validação da escala de insegurança alimentar em outros países Brasil

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) foi construída tendo por base a escala de insegurança alimentar do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) (PEREZ-ESCAMILLA et al., 2004), sendo adaptada e validada à realidade brasileira, como complemento dos indicadores já existentes. Os pesquisadores brasileiros, reunidos na UNICAMP em 2003, discutiram a pertinência política e a viabilidade técnica de adaptar e validar esse instrumento para a realidade brasileira, porque consideraram necessário que o país tivesse à sua disposição uma metodologia própria, com as características nacionais, que avaliasse o nível de segurança alimentar e nutricional familiar, para fornecer subsídios à

implementação da política de combate à fome já existente no país (MARIN-LEÓN; SEGAL-CORRÊA, 2009).

Em 2003, sob coordenação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), iniciou-se a validação e a adaptação da escala americana com o propósito de adaptá-la à realidade brasileira. Esse processo teve a participação dos pesquisadores do Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição Universidade de Brasília (UNB).

A validação foi dividida em etapas, possibilitando, assim, que na fase quantitativa fossem utilizadas amostras intencionais de domicílios selecionados para garantir a representação de quatro estratos sociais diferentes (classe média, classe média baixa, pobre e muito pobre). Nessa etapa foram entrevistadas 1.797 famílias, tanto na área urbana quanto rural. No questionário aplicado à população urbana foram incluídos indicadores de renda e de consumo diário de alimentos. Na aplicação junto à população rural, além da renda e do consumo de alimentos, foram utilizados indicadores sociais tais como as características da produção rural e da produção para autoconsumo. Também levaram em consideração as diferentes categorias sociais de trabalhadores. Para contemplar as especificidades regionais, a investigação no Mato Grosso e no interior do Amazonas foi realizada com a amostra intencional de população dos ribeirinhos, trabalhadores assentados e agricultores tradicionais. A consistência interna e externa do questionário tanto para população urbana quanto rural foi alta, mostrando que o questionário adaptado e validado nos procedimentos foi adequado às populações-alvo. Dessa forma, os procedimentos de validação da escala para aferição de insegurança alimentar adotados no Brasil cumpriram todas as etapas previstas nas recomendações internacionais (UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 2003).

Após o processo de validação, determinou-se que a escala brasileira seria composta por 15 perguntas centrais fechadas, sendo sete específicas para os domicílios com membros menores de 18 anos, com opção de resposta *sim* ou *não* sobre a experiência nos últimos três meses, incluindo a preocupação e a ansiedade da família em relação à obtenção dos alimentos, passando pelo comprometimento da qualidade da dieta e pela limitação da quantidade de alimentos consumidos no domicílio, alcançando situações mais graves de insegurança alimentar, com restrições quantitativas de alimentos para todos os membros da família, em que as crianças tem sempre a prioridade no tocante à oferta de alimentos (PEREZ-

ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA et al., 2004). Cada resposta afirmativa do questionário de insegurança alimentar representa 1 ponto, sendo que a pontuação total da escala é resultado de sua soma, variando em uma amplitude de 0 a 15 pontos (MARI-LEÓN, et al., 2005). Com a pontuação igual a zero, o domicílio é considerado em segurança alimentar. No caso dos domicílios cujos moradores têm todos 18 anos de idade ou mais, 1 a 3 pontos corresponde a “insegurança alimentar leve”, 4 a 6 pontos corresponde a “insegurança alimentar moderada” e de 7 a 8 pontos significa “insegurança alimentar grave”. No caso dos domicílios com pelo menos um morador menor de 18 anos de idade, categorias de insegurança alimentar leve correspondem 1 a 5 pontos, moderada 6 a 10 pontos e grave 11 a 15 pontos (HOFFMANN, 2008; MARIN-LEÓN et al., 2005).

Os domicílios são considerados em segurança alimentar quando não apresentam qualquer evidência de que seus membros passem fome. Os domicílios classificados com a categoria de insegurança alimentar leve são aqueles nos quais se detecta uma preocupação com a quantidade dos alimentos disponíveis. Todavia, para que o alimento seja suficiente, os moradores recorrem a estratégias, tais como a troca de alimentos habituais por outros mais baratos ou diminuindo a variedade dos alimentos consumidos. Nos domicílios categorizados com insegurança moderada, a quantidade e a qualidade de alimentos para os adultos é reduzida, ou seja, pode ser que cheguem a ficar sem ter o que comer durante um dia inteiro. Por último, nos domicílios com insegurança alimentar grave, além dos membros adultos, as crianças também passam pela privação de alimentos (MARIN-LEÓN et al., 2005).

Ao final do estudo de validação da escala americana realizado no Brasil, a brasileira de (in) segurança alimentar (EBIA) ficou constituída de 15 perguntas (ANEXO B).

A partir desse trabalho dispunha-se agora, no Brasil, de instrumento de pesquisa, cientificamente testado, para avaliar, monitorar e acompanhar, com indicadores diretos, as condições de segurança alimentar e os impactos das políticas sociais voltadas às famílias para o combate à fome e à miséria. Esse instrumento poderá ser incorporado aos inquéritos populacionais nacionais e em pesquisas locais. A EBIA representa um indicador de alta confiabilidade e consistência interna. Além disso, é um recurso de baixo custo e fácil uso para identificação de famílias sob risco de IA. Hoje há vários estudos que utilizam a EBIA

e sem dúvida essa será aprimorada à medida em que for usada (SEGALL-CORRÊA, 2007; UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 2003).

Com a validação e adequação da escala da USDA para a realidade brasileira, “a EBIA tem sido amplamente utilizada tanto com propósitos acadêmicos, atestando sua relevância para a formação de recursos humanos empenhados na luta pelo combate as desigualdades sociais, particularmente aqueles relacionados à alimentação e nutrição que ainda persiste e atinge parcela significativa da população brasileira, sendo também utilizado como indicador adequado e válido para o monitoramento da IA quanto para avaliação dos efeitos das políticas de combate à insegurança alimentar e fome, tanto no nível federal como municipal (MARI-LEON; SEGAL-CORRÊA, 2009). “Por isso, é pertinente considerar que o Brasil é o país que reúne a experiência mais extensa do mundo em termos de amplo uso deste instrumento (MARI-LEON; SEGAL-CORRÊA, 2009)”.

Mesmo em fase final do processo de validação, a EBIA foi usada para investigações científicas, como instrumento de diagnóstico da insegurança alimentar em dois inquéritos municipais realizados em 2004, o primeiro inquérito de abrangência e representatividade populacional, na cidade de Campinas, que resultou numa tese de doutorado e o segundo em Brasília, que numa dissertação de mestrado na qual investigou a segurança alimentar em famílias com crianças menores de seis anos de idade, que procuravam os postos de vacinação no dia nacional de imunização, confirmando a validade interna como externa da EBIA, fácil aplicação e baixo custo e ainda demonstraram os primeiros resultados do uso desta escala em grandes populações (LEÃO, 2005; PANIGASSI, 2005, MARI-LEON; SEGAL-CORRÊA, 2009).

Em 2004, a EBIA foi introduzida num suplemento especial, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA POR DOMICÍLIOS, 2004), que emergiu o primeiro diagnóstico, no Brasil, de segurança e insegurança alimentar domiciliar, com abrangência e representatividade nacionais (IBGE, 2006). Os resultados desta pesquisa mostraram que 18 milhões de domicílios brasileiros viviam em situação de insegurança alimentar, dentre os quais 3,4 milhões em situação de insegurança alimentar grave. A pesquisa ainda demonstrou que vulnerabilidade à IA das famílias está relacionado à baixa renda familiar, à baixa escolaridade do chefe do agregado familiar, a pessoa de referência de a família ser negra, mulheres como chefe da família e domicílios com seis ou mais moradores, etc

(IBGE, 2006; SEGALL-CORRÊA et al., 2007; SEGAL-CORRÊA; MARI-LEON, 2009). Hoje há diversos estudos com aplicações da EBIA tanto de investigações acadêmicas quanto de investigações de interesse e demanda das políticas públicas em âmbito municipal e federal. Em 2009, a EBIA foi aplicada pela segunda vez na PNAD.

A EBIA é útil para a população urbana e rural, havendo a necessidade de sua adaptação para populações tradicionais como indígenas e quilombolas (UNIVERSIDADE DE CAMPINAS, 2003, PEREZ-ESCAMILLA, 2005, SEGALL-CORRÊA, 2007). Este fato ocorre, provavelmente devido a especificidade destes grupos em relação as suas condições sociais, econômicas e culturais, relacionadas aos meios que utilizam para a obtenção de alimentos, a falta do direito a terra, a exclusão social, o racismo vivido durante séculos e que perdura até os dias atuais, e outros aspectos que os diferencia de outras populações rurais brasileiras.

3.6 Senegal

Apesar das potenciais vantagens para aferição de insegurança alimentar e fome com o uso da escala USDA e, ainda, para o acompanhamento da realização do direito à alimentação, sua confiabilidade e consistência em outros países depende muito da sua validação e adaptação a realidade socioeconômica e cultural destes países (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2006). Para a validação e adequação dos itens aferição da insegurança alimentar (IA) americana, na região de Kaolack no Senegal, primeiramente foi feito a tradução destes itens do inglês para o francês e depois para as línguas locais e adaptadas na consulta a um painel de especialistas em Dacar, capital do Senegal (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2006).

A fase qualitativa da validação e adaptação foram divididas em três etapas. Na primeira etapa, foram realizadas as discussões com especialistas locais do Instituto de Tecnologia de Alimentos da Universidade de Dakar, do Ministério da Saúde, do projeto básico no Senegal (sendo este financiado pelo USAID). Ainda nesta etapa os pesquisadores realizaram pesquisas para identificar os elementos-chave e as perguntas constantes na escala de IA americana (PÉREZ-ESCAMILLA, et al., 2006). Como resultado desta fase qualitativa, o instrumento foi reorganizado em duas seções, uma contendo os itens dos adultos e outra os itens das crianças.

As modificações também incluíram a utilização de termos apropriados para descrever o conceito de uma “alimentação balanceada”, que foi substituído para "os tipos de alimentos que queríamos" e o conceito de uma “dieta equilibrada”, foi substituído por "os tipos de alimentos que fazem crianças ficarem fortes" (PÉREZ-ESCAMILLA, et al., 2006).

A escala adaptada foi aplicada em 749 domicílios em dois distritos de Kaolack, Kumbal e Sibassor. Em todos os domicílios, o questionário foi aplicado tendo como referência o mês de Agosto (que havia sido um mês de seca e escassez de alimentos). Em uma subamostra de 500 domicílios, ele também foi aplicado tendo como referência o período de abundância. O alfa de Cronbach foi 0.85 nos dois períodos de referência. As curvas de resposta dos itens foram paralelas nos dois períodos de referência (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2006). Como se esperava, a probabilidade de responder afirmativamente a cada item foi maior para o período de falta de alimentos, do que para o período de abundância. Estas constatações confirmam que a escala teve um comportamento psicométrico adequado nesta área rural do Senegal. Os resultados confirmaram que a versão adaptada de instrumento de aferição da IA do USDA é uma ferramenta de alta validade e consistência para a medição de Insegurança Alimentar em áreas rurais de Região Kaolack, no Senegal, o que prova também que este instrumento pode ser adaptado e validado para medir a insegurança alimentar em outros países da África subsaariana (PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2006).

3.7 Burkina Faso

Para o desenvolvimento e validação de uma experiência de medida da insegurança alimentar domiciliar e ao longo das estações no norte rural de Burkina Faso, os pesquisadores envolvidos também utilizaram métodos qualitativos e quantitativos (FRONGILLO; NANAMA, 2006). Na primeira etapa realizou-se um estudo qualitativo para obter uma compreensão aprofundada dos conceitos-chaves, a experiência e dinâmica de insegurança alimentar das famílias. Foram elaborados dois questionários de entrevistas, um para chefe de família e outro para as mulheres e as crianças. O questionário dirigido a chefes das famílias é constituído de 8 temas gerais: 1) identificação e informação demográficas, 2) a produção agrícola e as decisões sobre produção e utilização de alimentos, 3), cozimentos e padrões

alimentares, 4) percepção de qualidade dos alimentos, 5) preocupações diárias com alimentos, 6) fontes de rendimento e aproveitamento, 7) estratégias de médio prazo para escapar de insegurança alimentar 8) estratégias de longo prazo para escapar de a insegurança alimentar e mecanismos de enfrentamento. O questionário dirigido para as mulheres e as crianças é composto de sete temas gerais: 1) identificação e informação demográficas, 2) a produção agrícola e as decisões sobre produção e utilização de alimentos, 3), cozimentos e padrões alimentares, 4) alimentação da criança, 5) preocupações diárias com alimentos, 6) fontes de rendimento e aproveitamento e 7) estratégias de médio prazo para enfrentamento de insegurança alimentar (FRONGILLO; NANAMA, 2006).

As entrevistas em profundidade sobre a insegurança alimentar foram feitas com 10 chefes de família e 26 mulheres com a utilização de guias. Um estudo longitudinal forneceu dados quantitativos sobre a evolução, ao longo do tempo, da insegurança alimentar das famílias, a situação econômica e fatores relacionados. Os dados foram coletados em 126 domicílios simples e complexos de nove aldeias, de julho a janeiro de 2001-2003. Esses dados permitiram a análise das alterações na IA das famílias, duas vezes por ano, nos períodos de abundância como também nos períodos de falta de alimentos e avaliação da capacidade da medida baseada na experiência para diferenciar as alterações na insegurança alimentar das famílias (FRONGILLO; NANAMA, 2006). As associações, com as variáveis conhecidas, estão fortemente relacionadas à IA e demonstram a validade do questionário como uma ferramenta simples e de baixo custo que pode ser usada no contexto deste País para avaliar o impacto das ações de combate à fome e/ou identificar as famílias vulneráveis à insegurança alimentar e à fome (FRONGILLO; NANAMA, 2006). Os resultados também forneceram fortes evidências de que a insegurança alimentar, calculado, a partir dos itens do questionário, baseado na experiência de insegurança alimentar das pessoas, foi válido para determinar as diferenças sazonais de insegurança alimentar das famílias, as diferenças entre famílias sobre a insegurança alimentar em um determinado momento e as mudanças na insegurança alimentar das famílias ao longo do tempo no norte rural de Burkina Faso (FRONGILLO; NANAMA, 2006).

3.8 Métodos e Metodologias para Medir o Estado Nutricional E A Insegurança Alimentar

3.8.1 O Método da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO)

A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), propõe método de estimar as calorias disponíveis, *per capita* utilizando balanço alimentar e pesquisas de renda e gastos no domicílio. A disponibilidade calórica per capita é mensurada considerando a quantidade de alimentos que são produzidos, importados e exportados, menos a quantidade de alimentos que são desperdiçados (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; KEPPLER, CORRÊA, 2007).

O resultado desta equação é o total de alimento disponível para o consumo, que é transformado em calorias e dividido pelo número de habitantes (KEPPLER; CORRÊA, 2007).

As principais vantagens apresentadas por este método referem-se ao fato de permitir comparações internacionais, pois quase todos os países do mundo dispõem de dados acerca da disponibilidade calórica *per capita* e estes dados são atualizados regularmente, o que torna também possível a aferição das tendências da disponibilidade calórica *per capita* nos países ao longo do tempo, e ainda por ser de baixo custo, explicando em parte a sua aceitabilidade a nível mundial (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

Apesar de ser um método bastante utilizado pela FAO para comparação entre os países, apresenta como principais desvantagens o fato de fornecer informações de abrangência nacional o que o torna inadequado para identificação de indivíduos ou famílias vulneráveis à IA e a fome, nem a separação das informações sobre os indivíduos no nível regional ou por grupos de idade ou gênero. Além disso, outro fator de inconveniência deste método, está no fato de medir a disponibilidade, mas não o acesso aos alimentos e a qualidade da dieta (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; KEPPLER; CORRÊA, 2007).

3.8.2 Pesquisas de Renda e Gastos Familiares

A realização de pesquisas de renda e gastos familiares é outro método de mensuração de IA. É baseado na realização de entrevistas com informantes nos domicílios para obtenção de informações sobre os gastos familiares utilizados com a alimentação, bem como o custo com a satisfação de outras necessidades básicas (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

Dentre suas vantagens, o método permite a identificação dos domicílios com IA, que é necessário para a construção de mapas de risco de IA no nível local, regional ou nacional. Identifica também, o risco de baixo consumo calórico, bem como a qualidade da alimentação, o que permite a triangulação das informações e a realização de análises de regressão para compreender melhor as causas e consequências da IA, servindo ainda para avaliar programas de suplementação alimentar e políticas de combate à pobreza (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

As desvantagem no uso deste método são nos dados primários obtidos que refletem os alimentos disponíveis e não os consumidos; também a dificuldade de estimar com confiança o consumo alimentar fora do domicílio; não permite diferenciar o risco de IA dos diferentes indivíduos dentro do domicílio. Outro ponto ressaltado pelos autores é o alto custo deste método de pesquisa e a pouca padronização metodológica entre os países (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

3.8.3 Consumo de Alimentos e Nutrientes no Nível Individual

Pesquisas de consumo de alimentos e nutrientes no nível Individual conseguem medir, de forma muito próxima, a insegurança alimentar, porque utiliza a entrevista direta a cada indivíduo ou a algum membro habilitado de sua família acerca da ingestão de alimentos no dia anterior, semana anterior, mês anterior, dentre outros (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

O consumo de alimentos pode ser medido através de questionários ou formulários de registro onde o indivíduo anota o que consome a cada dia. Também é possível, ainda, utilizar um observador para pesar cada alimento ou porção antes de ser consumido pelo indivíduo para quantificar com bastante precisão o consumo alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005). As vantagens destes métodos são que eles

se baseiam na mensuração direta do consumo de alimentos e não apenas na disponibilidade de alimentos dentro do domicílio. Em função disso, são capazes de identificar não só os domicílios com IA como também indivíduos dentro destes domicílios vulneráveis a IA. É útil, também, para planificação de intervenções a nível nacional e para monitoramento e avaliação de programas e políticas de combate a insegurança alimentar (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

As principais desvantagens desta metodologia é que os métodos mais utilizados são o recordatório 24 horas e a frequência do consumo de alimentos, exigindo que o entrevistado registre e relate seu consumo alimentar durante o período de referência. O recordatório de 24 horas possui um custo muito alto com a coleta de dados e leva no mínimo de 20 a 30 minutos para ser preenchido, além de necessitar de um *software* especializado para converter o consumo de alimentos em ingestão de nutrientes.

Tais métodos apresentam grandes possibilidades de erros na aferição da quantidade de alimentos relatada pelos entrevistados, dependendo da memória do indivíduo e da sua capacidade de relatar exatamente as porções alimentares consumidas aos entrevistadores. Além disso, ao pesar os alimentos e porções antes e depois de serem ingeridos, este método torna-se muito invasivo, podendo mudar, consideravelmente, os hábitos alimentares dos indivíduos avaliados (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

3.8.4 Antropometria

Os indicadores antropométricos medem de forma direta o estado nutricional e, de forma indireta, a segurança ou IA das pessoas (SEGALL-CORRÊA, 2007). Os indicadores antropométricos mais utilizados com frequência em pesquisas nacionais baseiam-se na mensuração do peso e altura e o índice de massa corporal (IMC) (comprimento para crianças menores de 2 anos e estatura para crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos e idosos). As técnicas de medição antropométricas são padronizadas e, quando efetuadas por pessoal qualificado, seguindo procedimentos uniformizados, são amplamente reproduzíveis (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

As principais vantagens do uso deste método são: (a) excelentes indicadores de risco nutricional que permitem o monitoramento desde o nível

nacional, domiciliar e até individual; (b) possui um custo relativamente baixo quando comparado com o método de avaliações dietéticas; (c) ampla utilização por muitos países (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

A principal desvantagem deste método esta no fato de mensurar de forma indireta a IA devido à complexidade da sua interpretação com relação ao paradoxo que sugere que IA grave dos adultos esta associada com baixo peso e a IA moderada se associa ao sobrepeso (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

Salienta (SEGALL-CORRÊA, 2007), que pode-se obter valores normais referentes a peso, altura e o índice de massa corporal (IMC) em famílias que estão vivendo sob a situação de IA e ainda pode-se encontrar de tal modo crianças desnutridas quanto obesas vivendo em situação de segurança alimentar. Nesse sentido, pode-se afirmar que a antropométrica é um indicador limitado para avaliar as famílias em situação de segurança ou IA.

3.8.5 Percepção da Insegurança Alimentar

A forma de mensuração da fome e da IA descrita nos métodos acima conduziram os pesquisadores do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos a pensarem, na década de 1990, a necessidade de outras maneiras de mensuração direta da segurança e da IA, surgindo, assim, a idéia de uma escala nacional de medida da percepção da IA por intermédio da percepção de quem passou por esta vivência em algum momento de sua vida (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Esta escala derivou da metodologia desenvolvida pelos pesquisadores da Universidade de Cornell e outros estudos na década de 1980, para aferição da situação de IA, após aplicarem métodos qualitativos para compreender este fenômeno entre mulheres pobres que provavelmente tinham vivenciado situações de fome e IA (RADIMER et al., 1992; PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007).

Esta metodologia está sendo adequada e é utilizada em diversos países do mundo, independentemente, do seu grau de desenvolvimento e representa um indicador de alta confiabilidade e consistência, sendo um recurso de baixo custo e fácil uso para identificação de famílias sob risco de IA (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007). Esta escala contempla não só a percepção de

preocupação, como também os problemas com a quantidade de alimentos e/ou qualidade da dieta. Uma das principais vantagens deste método é a mensuração direta do fenômeno da segurança e IA, com base na percepção de um morador adulto sobre a disponibilidade de alimentos no seu domicílio.

Outra grande vantagem está no fato de captar não apenas as dimensões físicas da IA como também psicológica, categorizando os domicílios segundo a sua vulnerabilidade e/ou risco de IA (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; MARIN-LEÓN et al., 2005; SEGALL-CORRÊA et al, 2004; 2009). Além disso, possui baixo custo e fácil aplicação para identificação de famílias sob risco de IA.

A desvantagem desta metodologia está no fato de ser susceptível a vícios de “prestígio” ou “benefício”, se os indivíduos ao responderem às perguntas da escala acharem que poderão receber ajuda alimentar ou benefícios sociais dependendo da resposta que fornecerem ao entrevistados (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

É importante salientar que os cinco métodos utilizados para aferir a IA, cada um tem uma forma singular de captar este fenômeno que os torna ao mesmo tempo complementares, enquanto alguns concentram-se em medir o risco de IA no nível nacional, outros medem fenômeno no nível domiciliar e mesmo individual. Ademais, enquanto alguns métodos notabilizam-se por medir os determinantes da IA, outros medem suas consequências (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005).

Neste sentido enfatiza os autores que nenhum indicador isoladamente é capaz de aferir todas as dimensões que estão envolvidas nas dificuldades de acesso aos alimentos que têm indivíduos, famílias ou populações (PÉREZ-ESCAMILLA, 2005; SEGALL-CORRÊA, 2007), nem de identificar todas as oportunidades de intervenção, limites, abrangências e impacto das políticas públicas e programas de combate à insegurança alimentar e à fome (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2007).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, são descritos os procedimentos metodológicos adotados para a realização dos objetivos propostos neste estudo.

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, uma vez que, a partir da revisão da literatura e documentos da área do conhecimento, tem como objetivo analisar as experiências de validação e adaptação da escala americana de aferição de insegurança alimentar, visando contribuir para sua validação em Guiné-Bissau.

A pesquisa documental e bibliográfica possuem muita semelhança, a diferença entre ambas está na natureza das fontes pesquisadas (GIL, 2008).

Segundo Oliveira (2007), a pesquisa bibliográfica é uma modalidade de pesquisa desenvolvida a partir de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos, tese e dissertações.

Enquanto a pesquisa documental:

Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, tais como relatórios, documentos oficiais, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias etc. (OLIVEIRA, 2007, p. 69).

Com esta estratégia metodológica busca-se identificar exclusivamente por meio de referências bibliográficas e documentais, contribuições de diversos autores que estudaram assuntos relacionados com objeto deste estudo.

4.2 Fontes de dados e informações

◆ Bibliográficos

As buscas bibliográficas de teses e dissertações foram realizadas no portal de periódicos da Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e nas bibliotecas digitais de teses e dissertações da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade de Brasília (UNB), Universidade Federal de

Santa Catarina (UFSC), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Técnica de Lisboa Instituto Superior de Agronomia.

As buscas dos artigos foram realizadas nas bases de dados de *SciELO*, *Scholar Google*, *Pubmed*, *Medline*.

◆ Documentais

Os documentos oficiais foram obtidos por meio de acesso a páginas eletrônicas oficiais do Fundo das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) e da Organização Mundial da Saúde. Foram utilizados 11 relatórios do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau, 5 Ministério da Saúde do Brasil e 3 organizações envolvidas com o tema de segurança e insegurança alimentar.

4.3 Coleta de Dados e informações

Os dados e as informações foram coletados utilizando-se como descritores: escala de insegurança alimentar; insegurança alimentar na África; *Food security*, insegurança alimentar, políticas públicas em segurança alimentar e nutricional; Direitos Humanos a Alimentação, *inseguridad alimentaria en el mundo*, *scale of food insecurity*, *l'échelle de l'insécurité alimentaire*, *l'insécurité alimentaire en Afrique*, *escala de la inseguridad alimentaria*, *state of food insecurity in the world*, *food insecurity in Africa*. A coleta ocorreu durante os meses de Janeiro de 2009 a Outubro de 2010.

4.4 Análise dos Dados

Seleção de obras para a composição dos fundamentos teóricos

Após a pesquisa bibliográfica prosseguiu-se com a seleção dos artigos teses, dissertações e documentos resultantes de relatórios e conferências. Estes materiais foram selecionados e separados por assunto conforme a relevância do tema que se propõe a investigar. Feito isso, prosseguiu-se a leitura exhaustiva dos materiais a serem analisados.

O total de artigos teses, dissertações e documentos consultados para a realização dos objetivos propostos na presente pesquisa foi de 84 exemplares, e destes foram seleccionados 54 que tratavam do tema fome/IA, segurança alimentar, métodos de aferição de IA, pobreza, alimentação e cultura, desnutrição e a escala de percepção de insegurança alimentar e foram utilizados neste trabalho.

Nestes documentos foram analisados os aspectos econômicos (renda), e aspectos socioculturais e étnicas.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 Caracterização da Realidade da Guiné-Bissau

Neste capítulo apresenta-se uma análise sobre a caracterização da situação geral do País em seu aspecto geográfico, demográfico, sócio-cultural, econômico, bem como os indicadores de saúde e nutrição e seus impactos na insegurança alimentar da população.

5.1.1 Situação Geográfica

A República da Guiné-Bissau é um país situado na Costa Ocidental da África Subsaariana entre os Trópicos de Câncer e Capricórnio, como se observa no Mapa 1. Ela faz fronteira, ao norte, com a República do Senegal, ao Leste e Sul com a República da Guiné-Conakry e a Oeste com o Oceano Atlântico numa extensão de aproximadamente 200 Km, com uma zona marítima exclusiva de 70.000 Km² entre os paralelos 12° 40' e 10° 57' Norte, a Leste pelo meridiano 13° 38' e a Oeste pelo meridiano 10° 43'.

Mapa 1 - Localização da Guiné-Bissau na África



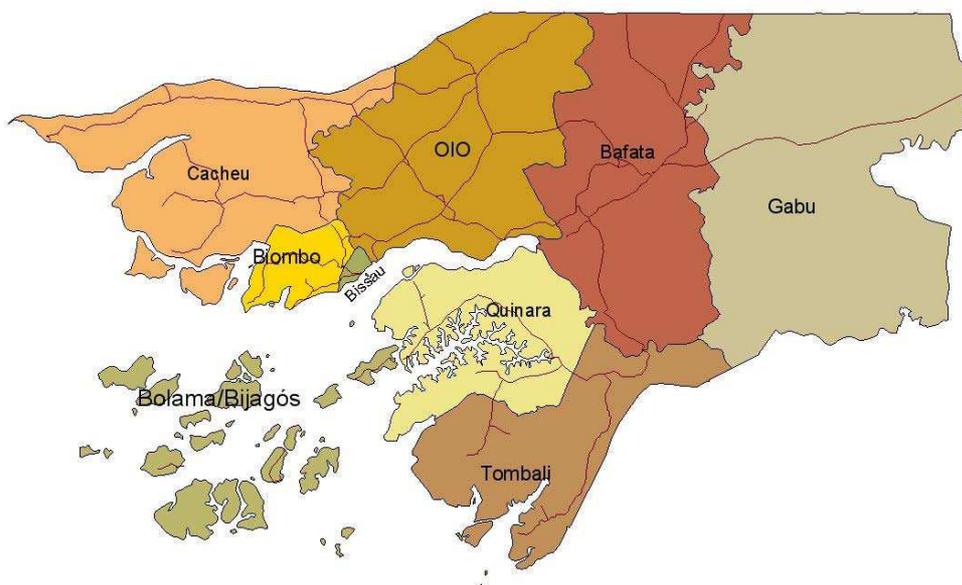
Fonte: INEC (2005)

O país possui uma extensão territorial de 36.125 Km², dividido em uma parte continental com 34.625 km² e outra insular com 1.500 km² e engloba os

arquipélagos dos Bijagós constituídos por um conjunto de 90 Ilhas e Ilhéus, das quais somente 20 são habitadas.

Administrativamente, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: 1) Bafatá, 2) Biombo, 3) Bolama-Bijagós, 4) Cacheu, 5) Gabú, 6) Oio, 7) Quínara e 8) Tombali, vistos no Mapa 2, que, por sua vez, estão subdivididas em 36 setores e, em mais um Setor Autônomo onde está situada a Capital do País, Bissau, capital política, econômica e administrativa do País.

Mapa 2 - Representação Geográfica da República da Guiné-Bissau



Fonte: INEC, 2005

Tendo em conta as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós, essencialmente composta por ilhas, e de Cacheu e a capacidade logística do Ministério da Saúde da Guiné-Bissau em fazer face às necessidades de saúde da população, essas duas regiões subdividiram-se em quatro. Com isso, o mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Setor Autônomo de Bissau.

As 11 regiões sanitárias foram divididas em 114 áreas sanitárias, definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes, o que confere a essas regiões um nível mais próximo

das comunidades. Mesmo com esse cuidado, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde, o que dificulta a prestação desse serviço (PNDS, 2008).

5.1.2 Condições Climáticas

As características climáticas resultam da posição geográfica, na costa ocidental, entre os trópicos de Câncer e o Equador e são influenciadas tanto pelo ar úmido proveniente do Oceano Atlântico como pelo ar seco proveniente da extensa zona do Sahel.

O País possui clima tropical úmido com duas estações anuais, a chuvosa e a seca. A estação das chuvas vai de junho a novembro, sendo os meses de agosto e setembro os mais chuvosos, e no resto do ano predomina a estação da seca. O longo período de seca provoca a insuficiência de água para crescimento das culturas. A temperatura anual influenciada pelos ventos alísios varia entre 24 a 27 °C. A humidade relativa média é bastante acentuada (cerca de 70 %) e influenciada principalmente pelo regime dos ventos, a pluviosidade e a proximidade da costa¹.

5.1.3 Características Demográficas

Segundo resultado do último recenseamento geral da população, ocorrido em 2009, a Guiné-Bissau possui 1.548.159 habitantes e apresenta uma densidade populacional de 30 hab./Km², com maior concentração populacional na capital Bissau, 31%. As ilhas do arquipélago dos Bijagós são as menos habitadas com 10 hab./Km².

Cerca de 69% da população encontra-se no meio rural e o restante no meio urbano, sendo distribuída da seguinte forma: as regiões administrativas de Oio, com 15,6% da população; Bafatá com 14,7%; Cacheu com 14,5%, Gabú com 13,5% e outras quatro regiões que som apenas 17,7%. A esperança média de vida ao nascer é de 45,8 anos, com uma taxa de crescimento anual estimado em 2,05% (PNDS, 2008).

¹ INEC, 2000

A população guineense é essencialmente jovem. O grupo etário com menos de 15 anos representa 46,6% da população, já a população com 15 a 64 anos representa 48,3% e apenas 5,1% possui mais de 64 anos. Em relação ao sexo, a população feminina se constitui como maioria, totalizando 52,7%, sendo que deste total 41,2% das mulheres estão em idade fértil, ou seja entre 15 a 44 anos.

A fecundidade é relativamente alta com cerca de sete crianças por cada mulher em idade fértil, o número que aumenta para oito em meio rural. A elevada taxa de fecundação é característica típica dos países africanos devido ao valor atribuído aos filhos pela sociedade, como mão de obra na produção familiar e garantia de proteção para os mais velhos.

A taxa anual de crescimento demográfico do País é de 2,1% (2004) e a de mortalidade geral de 15,6 mortes/1000 habitantes, consideradas elevadas (INEC, 2005).

5.1.4 Características Sócio-culturais

Conforme Lopes Filho (1981, p.47), a cultura, seria a síntese dos valores criados pela tradição popular e da assimilação das conquistas da humanidade em todos os domínios e acrescenta. O autor ainda explica que a *“tradição põe-nos diante, tanto vivências de um passado distante como as que se repetem no presente”*.

O País possui uma herança étnico-cultural bastante rica e diversificada. Esta variedade étnica e cultural presente na Guiné-Bissau colocam este país perante um patrimônio étnico-cultural que varia de etnia para etnia, passando desde diferença lingüística, da dança, de expressão artística, de profissão, de tradição musical, das manifestações culturais até os hábitos alimentar. “A dança é uma verdadeira expressão artística dos diversos grupos étnicos, está presente em qualquer cerimônia e cada etnia tem os seus gestuais particulares (NUNES, REBOUÇAS; GONZAGA, 2008)”.

Para Johnson (1997, p. 100):

a etnia é um conceito que se refere a uma cultura e a um estilo de vida comum, especialmente daquela refletida na linguagem, nas maneiras de agir, nas formas institucionais de religião, na cultura material, como roupas e alimentos, e produtos culturais como música, literatura e arte

Na tradição cultural Guineense esta definição seria mais relevante se for associada ao conceito de etnia definida por Lopes (1983), o autor conceitua a etnia como sendo uma entidade caracterizada pelo uso de uma mesma língua, uma tradição cultural e histórica, pela ocupação de um mesmo território, por uma mesma religião e, sobretudo, pela consciência coletiva de pertença da comunidade.

A Guiné-Bissau é caracterizada por uma grande diversidade étnica, o que dificulta um consenso sobre esse conceito. Os dados apresentados variam de autor para autor e oscila geralmente, entre dez e trinta etnias. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população, podendo ser citados, Fula com 25.4%, Balanta com 24.6%, Mandinga com 13.7%, Mandjaco com 9.3%, e Papel com 9,0%). Além disso, algumas etnias encontram-se em fase avançada de extinção, conforme resultado do último recenseamento geral da população (BISSAU, 2008).

A migração é prática corrente em função da procura por melhores condições de vida e por isso as etnias têm-se misturado em quase todas as regiões. Contudo, esse processo migratório não mudou as estruturas étnicas, já que certas etnias mantêm-se majoritárias nas áreas onde são conhecidas como nativas. A migração da população masculina para centros urbanos e para estrangeiro a procura das melhores condições de vida, poderá resultar no aumento do número de domicílios chefiados por mulheres que por sua vez se constitui num determinante da insegurança alimentar familiar como tem demonstrado diversos estudiosos sobre tema.

O português é a língua oficial, mas pouco falado entre a população, uma vez que esse idioma é utilizado com mais frequência nos meios oficiais e pelos guineenses escolarizados.

O idioma crioulo é a simbiose das línguas autóctones e do português. É o idioma de comunicação oral mais utilizado, apesar de não ter forma escrita oficialmente aprovada. Constitui-se o idioma mais veicular e com abrangência em toda a extensão do território nacional.

A educação é também considerada um setor crítico no país, A taxa de analfabetismo dos adultos é estimada em 64% em 2000. A taxa de analfabetismo feminino é de 76% e masculino de 47,4% . Estima-se que este elevado índice pode ser uma das causas da baixa taxa de frequência de crianças e jovens do sexo feminino às escolas (INEC-ILAP, 2002) .No País em 2006, menos de 10% das

crianças com 36 – 59 meses de idade recebiam educação pré-escolar. Um pouco mais de metade (53,7%) das crianças com idade 7 – 12 anos frequentava o ensino primário e somente 28,5% das crianças com 7 anos de idade estavam inscritas no primeiro ano do ensino primário. A taxa de frequência do ensino secundário entre adolescentes e jovens com 13-17 anos de idade era de apenas 7,7%. Das crianças que iniciam o primário, só 79,7% chegam ao 5º ano de escolaridade (BISSAU, 2006).

5.1.5 Situação Econômica

Segundo o Relatório Mundial do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano Sustentável de 2009, a Guiné-Bissau está entre os países mais pobres do mundo, classificado em 173º lugar num total de 179 países participantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,396.

De acordo com os resultados do Inquérito para Avaliação da Pobreza (ILPA) de 2002, há existência de um grande nível de pobreza nas zonas rurais e urbanas. A os dados indicam que mais da metade da população guineense 64% vive abaixo da linha da pobreza, considerada como sendo a população que ganha até dois dólares por dia. Deste total, 20,8% são considerados como extremamente pobres porque vivem com menos de um dólar por dia. A pobreza é mais elevada no meio rural, onde vivem 69,7% dos pobres, dos quais 51,3% são de classe muito pobre (INEC, 2002). O mesmo estudo demonstra que apesar da pobreza ser uma questão predominantemente rural, assiste-se hoje um crescente aumento deste fenómeno no meio urbano, sobretudo na capital Bissau representando também ameaça a segurança alimentar urbana.

A pobreza não esta distribuída de forma igual no país, conforme apresentado no quadro 1, as regiões de Oio, Bafatá e Quínara-Tombali apresentam as maiores taxas de pobreza, chegando a superar a média do País.

Quadro 1 - Incidência da pobreza por região

| Regiões | Taxa de pobreza absoluta (inf. 2 \$/dia) |
|----------------|---|
| Bafatá | 72,4% |
| Biombo/Bolama | 62,6% |
| Cacheu | 63,8% |
| Gabu | 65,8% |

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Oio | 79,6% |
| Quinara/Tombali | 69,1% |
| Regiões fora de Bissau | 69,1% |
| Bissau | 51,6% |
| Todo o País | 64,7% |

Fonte: INEC, 2002²

Os produtos estratégicos de exportação são essencialmente a castanha de caju, o pescado e a madeira. O produto interno bruto (PIB) é fortemente dependente da agricultura, sobretudo da castanha de caju. Como o preço desta tem sofrido grandes oscilações no mercado internacional, com tendência para a baixa, a vulnerabilidade da economia da Guiné-Bissau tende a aumentar (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004, p8). As principais atividades econômicas são: agricultura, a pesca e a criação de gado. Sendo que a agricultura constitui a principal atividade econômica do país e muitas vezes a única fonte de renda e de alimentos da população rural. No entanto, as atividades agrícolas são desprovidas de qualquer mecanização, produzindo, em especial, arroz, mancara (amendoim), mandioca, milho, feijão e cultivo de hortícolas, destinados essencialmente ao consumo familiar.

Um dos maiores problemas da economia guineense está na fraca infraestrutura de produção agrícola e industrial. O baixo nível econômico e o desenvolvimento industrial, associado a uma agricultura concentrada no principal produto de exportação que é a castanha de caju, condiciona o País a satisfazer as suas necessidades em bens de consumo através da importação.

A maior parte da população guineense vive nas zonas rurais e depende da agricultura de subsistência, que por sua vez é condicionada por factores climáticos, uso de baixas tecnologias para a produção e fracos insumos. Ainda é pertinente ressaltar que devido ao mau estado das estradas, sobretudo no que diz respeito às estradas da zona sul do País, que é uma zona de produção de arroz, dificilmente se consegue escoar esses produtos para poderem ser comercializados em Bissau. Desta forma, estes produtos são em geral mal conservados e acabam por se

²INEC- Instituto Nacional de Estatística e senso de Guiné-Bissau

deteriorarem e em decorrência disso observa-se baixos rendimentos e o aumento da vulnerabilidade alimentar da população rural³.

Neste país em desenvolvimento a pobreza pode ser apontado como a causa e também consequência da insegurança alimentar e nutricional devido a sua correlação com os problemas nutricionais e sociais durante a infância, e o impacto dos mesmos na redução da produtividade na fase adulta e contração de doenças crônicas não transmissíveis bem como o grande impacto socioeconômico no desenvolvimento do país. Neste sentido a garantia da Segurança alimentar e nutricional é fundamental não só para uma vida ativa e sadia mas também pelo fato de exercer um papel importante na dinâmica do desenvolvimento socioeconômico de qualquer nação.

5.1.6 Condições de Moradia, Água e Saneamento

No que concerne as condições de moradia, constata-se que a maioria das casas no País é de construção precária, pois são feitas de barro ou terra e cobertas de palha ou zinco. Estima-se que apenas 5,7% da população têm acesso a energia elétrica e, ainda, de forma irregular (MICS-2000). Conforme a mesma fonte existe escassez na coleta de lixo principalmente no meio urbano, os resíduos ficam amontoados nas ruas originando focos de várias infecções devido à reprodução de vetores e potenciais fontes de contaminação direta, tanto de alimentos como de água.

A água potável é considerada essencial para o desenvolvimento socioeconômico, ambiental e conseqüentemente para a garantia da SAN no mundo. Um dos problemas determinantes é o acesso à água potável pela população, apesar da sua abundância em quase todo o território nacional, o inquérito realizado pelo MINSAP em 2006, indica que nível nacional apenas 54,6% da população tem acesso à água potável (canalizada, torneira ou fontanário público, poço e nascentes protegidos e cisterna) contra 45,5% que utiliza a água não protegida proveniente dos poços, rios, ribeiras etc (Bissau, 2006). Ainda segundo a mesma fonte, estima-se que 95% da população precisam deslocar-se cerca de 30 minutos para obter a água

³ Fonte: Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS-2000).

O Inquérito aos Indicadores Múltiplos, vulgarmente denominados MICS, faz parte dos instrumentos de seguimento e avaliação dos progressos alcançados na realização dos objetivos e metas estabelecidas pelos acordos internacionais.

potável para consumo e apenas 5% têm água canalizada em suas casas (Bissau, 2006). As limitações de água potável e precária saneamento têm implicações negativas para a SAN da população guineense devido ao aumento de risco de contrair de doenças infecciosas de origem hídrica, como a cólera, disenterias, febre tifóide, hepatites e outras doenças diarreicas.

5.1.7 Situação de Saúde (Perfil Sanitário)

O Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau é essencialmente público, mas existe também uma atenção especial prestada pelas entidades filantrópicas, como as do setor religioso. A Lei Constitucional do País determina que o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) tem por objetivo principal promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem. Deve orientar-se para a prevenção e visa à socialização progressiva da medicina e dos setores médico e medicamentoso. A referida lei reconhece ainda que “todo o cidadão tem direito à proteção da saúde e o dever de promovê-la e defendê-la”, de acordo com o Despacho nº 02/GPM/92 (BISSAU, 1993). Entretanto os indicadores de saúde da Guiné-Bissau, estão entre os piores da África Subsaariana, caracterizados por altas taxas de morbidade e de mortalidade.

Conforme o Plano Estratégico Nacional 2005, de Luta contra a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA), a Guiné-Bissau é um dos raros países onde circulam os dois tipos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o HIV1 e o HIV2 com prevalências relativamente elevadas. O vírus tipo 1, que até ao início dos anos 90, não existia no país, tornou-se, atualmente, a infecção mais frequente. As jovens grávidas com menos de 25 anos de idade chegam a ter o dobro da prevalência de infecção pelo VIH 1 em relação às grávidas com mais de 30 anos. Por outro lado, as capitais das regiões, econômica e demograficamente, mais importantes são as que apresentam maiores prevalências da infecção pelo VIH1. O total das pessoas infectadas pelo HIV1 e HIV2 em 2005, era de aproximadamente, 33.900 pessoas. Sem a melhoria desta situação a previsão é de que, no ano de 2012, haja mais de 100.000 pessoas a viver com o VIH e mais de 970 crianças a nascerem infetadas de mães soropositivas.

No país as consequências do HIV/SIDA são numerosas dentre os quais destaca-se o aumento do número de órfãos da SIDA, a responsabilidade das pessoas idosas com cuidado aos netos com os seus fracos recursos; falta de capacidade do sistema sanitário para fazer face ao crescimento da demanda em cuidados de saúde, assistência médica, social e psicológica; aumento de morbi-mortalidade em certos grupos profissionais (pessoal da saúde, professores, etc.) e na faixa etária (pessoas sexualmente ativas), isto é, afecta toda estrutura socioeconómica do país constituindo maior gasto para a sociedade e o governo (DENARP, 2005).

Segundo os dados da OMS, a incidência da tuberculose no País também é alta, e esta é atribuída em parte a sua interacção com o HIV/SIDA, isto porque 40 a 50% dos pacientes com tuberculose são também infectados pelo HIV e isso pode aumentar a vulnerabilidade a insegurança alimentar e com isso contribuir para a progressão rápida da doença nas pessoas entre a fase da infecção e a manifestação do SIDA. Estima-se que em 2004, a prevalência da tuberculose de todas as formas situa em torno de 470/100.000 habitantes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

Os cuidados e o apoio nutricionais prestados às pessoas que vivem com o VIH/SIDA e a tuberculose representam uma parte importante dos cuidados prestados em todas as etapas da doença, uma vez que o organismo destes pacientes encontra-se debilitado para aparecimentos de doenças oportunistas tais como a tuberculose, a desnutrição e outras infecções. Mesmo com o tratamento com Anti-retroviral, a ingestão de uma dieta bem equilibrada é muito fundamental para compensar a perda de peso e de nutrientes causada pelas infecções e também para uma boa absorção dos medicamentos.

Conforme o documento de estratégia nacional de redução da pobreza de (DENARP) de 2005, o paludismo constitui a primeira causa de morbimortalidade infantil de crianças menores de 5 anos de idade, representa mais de 50% dos motivos de consulta, 15% das causas de mortalidade e mais de 64% das causas de óbitos na pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes.

Conforme o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2003 a 2007), e outros estudos realizados por diferentes organismos não-governamentais, presentes na Guiné-Bissau, as principais causas de morbi-mortalidade geral e infantil são aqueles apresentados no quadro abaixo.

Quadro 2 - Principais problemas de saúde pública na Guiné-Bissau, segundo grupos vulneráveis

| Grupos Vulneráveis | Principais causas de morbidade e de mortalidade |
|---------------------------|---|
| Recém-nascidos | Problemas dos recém-nascidos (tétano neonatal, sofrimento fetal e prematuridade) Paludismo |
| Crianças | Paludismo Diarréias Infecções respiratórias agudas Sarampo Desnutrição |
| Adolescentes | Paludismo DST/SIDA |
| Mulheres grávidas | Complicações ligadas à gravidez e ao parto (hemorragias, anemias, rupturas uterinas, etc.). |
| Adultos | Paludismo DST/SIDA Tuberculose |

Fonte: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário do Ministério da Saúde Pública, Guiné-Bissau (PNDS – 2003 a 2007)

Os determinantes do estado de saúde mais destacados no contexto sanitário guineense são: o acesso à água, saneamento básico e coleta de lixo, a urbanização, o êxodo rural, a insegurança alimentar e nutricional, estilo de vida (sedentarismo) e as desigualdades sociais (INEC, 2002).

A Organização Mundial da Saúde também destaca outros determinantes que vêm interferindo na saúde da população, como, por exemplo, baixa eficiência dos serviços de saúde, falta de recursos humanos qualificados, persistência de comportamentos de risco como o tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco, regime alimentar desequilibrado, insuficiência de exercício físico e habitação de má qualidade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

A mortalidade infantil, infanto-juvenil assim como materna é outra situação preocupante verificada no País.

O MINSAP estima que a mortalidade neonatal situa-se em torno de 55 por 1.000 nascidos vivos e a infantil em 138 por 1.000 nascidos vivos. Em cada 1.000 crianças nascidas com vida, cerca de 223 morrem antes de completar 5 anos de

vida (BISSAU, 2008). Observa-se a desigualdade na taxa de mortalidade infantil no País, sendo que a região de Bafatá apresenta a maior taxa, com cerca de 169 por 1000 nascidos vivos, seguido pelo Setor Autônomo de Bissau, com 158 por 1000 nascidos vivos (MICS, 2000). A alta mortalidade infantil no País tem como causas as doenças infecto-contagiosas, devido as condições inadequadas de saneamento básico, baixa escolaridade materna, desmame precoce, falta de assistência durante o pré-natal e a falta de vacinação.

Conforme os dados do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o risco de uma mulher morrer durante a vida fértil na Guiné-Bissau é, relativamente, 184 vezes superior ao daquelas que vivem nos países desenvolvidos. A mortalidade materna em 1990 foi estimada em 914/100.000 nascidos vivos (n.v) e no período de 1990-1996 era de 822/100.000 (n.v). Em 2006, a mortalidade materna é estimada em cerca de 800 por 100.000 nascidos vivos, entretanto considera-se que este número está subestimado, porque grande número de partos ocorre nos domicílios e não são registados.

5.1.8 Insegurança Alimentar e Nutricional

Quanto à insegurança alimentar e nutricional, existe escassez de informação sobre o estado nutricional da população em geral, poucos estudos realizados no País priorizam os grupos mais vulneráveis que são as crianças menores de cinco anos e mulheres em idade fértil.

O Ministério da Saúde estimou que, em 2006, a anemia afetava 74% das mulheres grávidas, sendo este o fator de risco de morte durante a gravidez, parto e puerpério. Supõe-se que anemia está ligada à alimentação deficiente em termo de quantidade e qualidade, a insuficiência de ferro, à alta incidência de parasitas, ao desgaste físico, ao paludismo, sem excluir a problemática do HIV/SIDA que tem infectado de forma alarmante as mulheres em idade fértil (BISSAU, 2006). Além disso, a mesma fonte indica uma prevalência da subnutrição em 24% das mulheres grávidas.

O relatório do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) de 2004 apontava para uma prevalência da anemia de 83% para mulheres em idade fértil e de 53% para crianças menores de cinco anos.

Muito embora com a escassez de dados estatísticos que possam ilustrar a situação da desnutrição no país é possível perceber as evidências de problemas relacionadas com a desnutrição materno infantil tais como, baixo peso ao nascer, deficiência no crescimento, anemia, e alto índice de mortalidade materno infantil.

A desnutrição infantil constitui também um problema de saúde pública na Guiné-Bissau com maior repercussão na morbimortalidade desse público.

Conforme a estimativa do *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS), a taxa da má nutrição aguda das crianças dos 6 aos 59 meses situava em torno de 10,3%%, enquanto que a taxa de má nutrição crônica era de 32% (BISSAU, 2000). De acordo com a mesma fonte em 2006, cerca de 40,9% das crianças padecem de desnutrição crônica (AI), sendo que 19,5% na forma grave. Em relação à insuficiência ponderal (P/I), a prevalência é de 19,4%, com 4,0% das crianças com insuficiência ponderal grave (BISSAU, 2006).

A prevalência da desnutrição varia segundo as regiões do País. As mais afetadas são as regiões de Bafatá e Gabú, com uma prevalência de 9,9% de desnutrição aguda, de 28,6% de insuficiência ponderal e de 49% de desnutrição crônica. A segunda maior prevalência é na região sul, Bolama, Bijagós, Quinara e Tombali (BISSAU, 2008). Segundo o Serviço de Higiene e Epidemiologia do MINSAP, em 2006 ocorreram no País 10.000 novos casos de desnutrição moderada em crianças menores de cinco anos e 2.000 de desnutrição severa.

Conforme os dados do Ministério da Saúde, coletado no Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2006, estima-se que 24% das crianças nascidas vivas pesavam menos do que 2500g. A taxa estimada em 2003 pelo PNUD era de 22% para o País. As regiões com maior taxa de crianças com baixo peso ao nascer são Gabú e Bafatá com 26,8% dos casos e a região sul, Bolama, Quinara e Tombali, com 26,5%.

O acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficiente de modo permanente sem comprometer outras necessidades humanas básicas como prevê o conceito da segurança alimentar e nutricional, continua a ser uma situação crítica para uma parcela significativa da população guineense, tendo em vista que mais da metade da população sofre de pobreza absoluta e precária condições de produção de alimentos no meio rural.

Segundo as estimativas da FAO para o ano 2004, a disponibilidade do arroz em Guiné-Bissau situava em torno de 65 kg/pessoa por ano, isto é, as pessoas

consumiam menos do que a recomendação anual de 130 kg/ pessoa (INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA CENSO DE GUINE-BISSAU, 2004).

A busca pela segurança alimentar faz com a maior parte das despesas familiares seja dirigida a alimentação, comprometendo o acesso a outras necessidades humanas fundamentais para a realização da segurança alimentar. As estimativas do INEC (2004), 75% de gasto com a alimentação são para a compra do arroz a base da alimentação guineense.

As estimativas do Ministério da saúde de Guiné-Bissau de (2004), mostraram que a IA esteve presente em 34% das famílias, 39% encontravam-se em situação de maior vulnerabilidade a IA e apenas 27% das famílias encontravam-se em situação de segurança alimentar. Os fatores descritos neste capítulo sobre a caracterização da Guiné-Bissau contribuem sem dúvida para colocar a população guineense em situação de alta vulnerabilidade a problemas de ordem alimentar e nutricional e da saúde.

6 VIABILIDADE

Apesar de todos os desafios que envolvem a validação da escala de aferição de insegurança, e as inúmeras vantagens dentre os quais destaca-se a sua fácil aplicação, o baixo custo e a possibilidade de poder ser validado em qualquer país independentemente do grau de desenvolvimento de acordo com sua realidade. Esta monografia demonstrou que é viável também a validação e adaptação da escala de aferição de insegurança alimentar para a realidade de Guiné-Bissau, tendo em conta os aspectos políticos, sociais, culturais e econômicas existentes neste país em desenvolvimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Com base na revisão de literatura empreendida nesta pesquisa com o objetivo geral que busca analisar a viabilidade de validação da escala de aferição de insegurança alimentar em Guiné-Bissau, permitiu concluir que a escala americana de aferição de insegurança alimentar é uma ferramenta de com grande consistência interna e externa que possibilita a mensuração direta de segurança e insegurança alimentar através da percepção com base na percepção de um morador entrevistado. Ainda é um instrumento de fácil aplicação e baixo custo e que pode ser adaptado e validada a realidade socioeconómica diferente dos Estados Unidos de América. Ainda nesta pesquisa observou-se que a escala permite captar as dimensões físicas e psicológicas da insegurança alimentar, e que a confiabilidade dos resultados obtidos com o uso da escala é elevada, isto porque é um instrumento cujos conteúdos e conceitos estão baseados na experiência de pessoas que vivenciam ou vivenciaram a insegurança alimentar em algum momento de suas vidas. A escala também possui o potencial de identificar diferentes graus de insegurança alimentar na população, bem como indivíduos vulnerais a problemática da fome que deve ser alvo de programas públicos de carácter emergêncial, sendo também potente para diagnosticar as situações relacionadas à fome no âmbito familiar. A adaptação da escala americana para o contexto da África subsaariana demanda desafios específicos, dada a complexa estrutura familiar, o alcance mais limitado a mercados, grande número de línguas faladas dentro de uma pequena área geográfica bem como a influência da sazonalidade sobre o acesso aos alimentos (FRONGILLO; NANAMA, 2006; PÉREZ-ESCAMILLA, et al, 2006). Neste sentido a adaptação e validação da escala aferição de insegurança alimentar na Guiné-Bissau ultrapassa a mera tradução linguística, ela tem de ser precedida de etapas prévias de adaptação, isto é através de estudos etnográficos para compreensão aprofundada dos significados e da experiencia da insegurança alimentar .

REFERENCIAS

ANGOLA. Presidência. **Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos**. Disponível em: <http://www.saflii.org/ao/legis/num_act/caddhdhp396.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

BICKEL, G. et al. **Guide to Measuring Household Food Security**: Revised 2000. Alexandria, Food and Nutrition Service, 2000. Disponível em: <<http://www.fns.usda.gov/fsec/files/fsguide.pdf>>. Acesso 10 nov. 2010.

BURLANDY, L. **Comunidade Solidária**: engenharia institucional, focalização e parcerias no combate à fome, à pobreza e à desnutrição. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/burlandyld.pdf>>. Acessado em : 3 jan. 2009.

_____. Segurança alimentar e nutricional: intersectorialidade e as ações de nutrição. **Saúde em revista**, Piracicaba, SP, v. 6, n. 13, p. 9 -15, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude_13art01.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2010.

BURITY. V.; FRANCESCHINI T, LEÃO M. RECINE E. **A Exigibilidade e alguns conceitos fundamentais**: Módulo I. 2010. Apostila do Curso virtual à distância de formação em Direito Humano à Alimentação Adequada – No contexto de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/download/20101101121244.pdf>>. Acesso em : 20 ago. 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.materiasespeciais.com.br/saude/guia/guiaalimemar.doc>>. Acesso em: 17 out. 2010.

CARMO, I. et al. **Overweight and obesity in Portugal**: national prevalence in 2003–2005. Journal compilation © 2007 The International Association for the Study of Obesity. *obesity reviews* 9, 11–19. Disponível em: http://www.speo-obesidade.pt/Files/Noticias/Files/carmo_preval_obes_PT2003_5_Obes_Rev_2008.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2010.

CARTA. **africana dos direitos e bem-estar da criança, 2010**. Disponível em: <www.didinho.org/CartaAfricDirBEC.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2010.

CARTA. **africana dos direitos humanos e dos povos,1981**.Disponível em:<<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm>>Acesso em : 12 jun.2010.

CASTRO, J. **Geografia da fome**: o dilema brasileiro pão ou aço. 11ª ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 1992.

COATES, J, et al. **Comparison of a qualitative and a quantitative approach to developing a household food insecurity scale for Bangladesh**. J Nutr. Rockville Pike, v.136, n. 5, p. 1420S-30S, 2006v. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/136/5/1420S.abstract>>. Acesso em maio 2010.

COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS DA ONU. Comentário geral numero 12. **O Direito humano a Alimentação** (art.11).ONU,1999. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/grupos-de-trabalho/alimentacao/alimentacao-adequada/comentario_12.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2009.

Dados da Divisão de População da ONU. **World Population Prospects, 2008**. Revision Population Database. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpp>>. Acesso em: 3 mai., 2009

DECLARAÇÃO DE ROMA SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR MUNDIAL E PLANO DE ACÇÃO DA CIMEIRA MUNDIAL DA ALIMENTAÇÃO, 13 -17 de Novembro de 1996. Roma/Itália. Disponível em: <<http://www.fao.org/DOCREP/003/W3613P/W3613P00.HTM>>. Acesso em 12 mai. 2009.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. ONU, Nova York, 1948. Disponível em: <http://www.aprendereuropa.pt/document/DeclUnivDH.pdf>. Acesso em 12 maio.2010.

DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO E TERRA RURAL PLATAFORMA DhESCA BRASIL, 2008. Disponível em: <<http://www.turminha.mpf.gov.br/para-o-professor/publicacoes/Direito%20Humano%20a%20Alimentao%20e%20Terra%20Rural.pdf>>. A cesso em 20 maio 2009.

FÁVARO, T et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/05.pdf>>. Acesso em: 15 out 2009.

FRONGILLO, E. A; NANAMA, S. Development and validation of an experiencebased measure of household food insecurity within and across seasons in Northern Burkina Faso. **Journal of Nutrition**, Bethesda, v.136, n. 5, p.1409-1419, May 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16614438>>. Acesso em 2. jun. 2010.

FRONGILLO EA, et al. Understanding the experience of household food insecurity in rural Bangladesh leads to a measure different from that used in other countries. **J Nutr.**, Rockville Pike, v. 133, n. 12, p. 4158-62, 2003. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/cgi/content/abstract/133/12/4158>>. Acesso em: 5 de jun. 2010.

FRONGILLO JUNIOR, E. A. Validation of measures of food insecurity and hunger. **The Journal of Nutrition**, [S.l.], v. 129, n. 2S, p. S506-S509, Feb. 1999.

GUINÉ-BISSAU. Ministério da Saúde Pública. **Política Nacional da Saúde (PNS)**. [Bissau]: MINSAP, 1993.

_____. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 1998-2002**. Bissau, 1998.

_____. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS): visão do PNDS 1998-2002; revista e projetada para 2003-2007**.

_____. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2008-2012**. GUINÉ-BISSAU, maio, 1998.

_____. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, ii)**, atualizado para 2008-2017, Bissau, set., 2008.

_____. Ministério da Saúde Pública. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 1998-2002**. Reed, Mar., 1998.

GUINÉ-BISSAU. Secretaria de Estado do Plano e Orçamento. **Inquérito aos indicadores múltiplos**. Guiné-Bissau. [Bissau], 2000.

GUINÉ-BISSAU. Secretaria de Estado do Planeamento & UNICEF. **Multiple Indicators Cluster Survey (MICS)**, Bissau, 2000.

HALL, B. **Understanding food security data and methodology**. Los Angeles:

Center on Hunger and Poverty, 2004. Disponível em:
<<http://www.unitedwayla.org/getinformed/rr/research/basic/Pages/Page4817>>
Acesso em 12 maio 2010

HAMILTON, W. et al. **Household food security in the United States in 1995:** summary report of the food security measurement project. Washington, DC, 1997. Disponível em: <<http://www.fns.usda.gov/oane/MENU/Published/FoodSecurity/SUMRPT.PDF>>. Acesso em: 10 out. 2010.

HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 15, n.1, 49-61, 2008. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/4_artigo_1415_Determinantes_da_Inseguranca_Alimentar.pdf>. Acesso em: 30 out. 2009.

_____. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9, n. 24, p. 159-172, Maio/Ago.1995. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340141995000200007&script=sci_arttext&tlng>. Acesso em 15 maio 2009.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**. Suplemento Segurança Alimentar - 2004. Rio de Janeiro, 2006b. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/comsea/doc/pesquisa_PNAD_Seg_alimentar_2004.pdf>. Acesso em 12 abr. 2010.

IBGE. **Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2002/2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/pof2002.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E CENSOS (Guiné-Bissau). **Inquérito sobre Avaliação da Pobreza na Guiné-Bissau (ILAP). 2001-2002**. Bissau, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E CENSOS (Guiné-Bissau). **Em número - dados compilados**. Bissau, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E CENSOS (Guiné-Bissau). **Em números**. Bissau, 2005.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de sociologia**. Guia Prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

KEENAN, D. P. et al. Measures of food insecurity /security. **Journal of Nutrition**

Education. Hamilton, v.33, p. S49-S58, Sept. 2001. Supplement. Disponível em: <<http://www.ers.usda.gov/Briefing/FoodStamps/JNEpapers/Keenan.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2010.

KEPPLE, A. K; CORRÊA, A. M. S. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1511>. Acesso em: 9 mai., 2010.

LEI ORGANICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Art.3, Brasília, 15 de setembro de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm> Acesso em: out.2010.>

LEÃO, M. **Segurança alimentar e risco de sobrepeso e obesidade em famílias de crianças menores de 6 anos.** 2005. Dissertação (Mestrado em Nutrição) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2005.

LOPES FILHO, J. **Cabo Verde: subsídios para um levantamento cultural.** Lisboa: Plátano Editora, 1981.

LOPES, C. **Etnia, Estado e relações de poder na Guiné-Bissau.** Lisboa: Ed. 70; Biblioteca de estudos africanos, 1982.

MACIEL, M. E. **Cultura e alimentação ou o que tem a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin?** Horizontes antropológicos. Porto Alegre, ano 7, n. 16, p.145-156, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v7n16/v7n16a08.pdf>>. Acesso em out.2010>.

MACIEL, M. E; MENASCHE, Renata. **Alimentação e Cultura, Identidade e Cidadania.** O Brasil tem fome de quê?. Disponível em: <<http://www.brazil-brasil.com/content/view/228/78/>>. Acesso em: out.2010.

MALUF, R. S; MENEZES, Francisco A. F. **Caderno de Segurança Alimentar.** Disponível em www.dhnet.org.br/direitos/sos/alimentacao/tconferencias.html. Acesso em: out., 2009.

MALUF, R. S., MENEZES, F; VALENTE, F. Contribuição ao tema da segurança alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate** , Vol. IV. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, Campinas, 1996, p. 66-88. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/Contribuicao_ao_Tema_da_Seguranca_Alimentar_no_Brasil.pdf>. Acesso em : 10 out., 2010.

MANNAK ,M. A obesidade também é um problema na África. **Revista Digital Envolverde**, cidade de Cabo, Africa do Sul; p.1, out. 2010. Disponível em: <<http://www.envolverde.com.br/materia.php?cod=81662>>. Acesso em: 23 out., 2010.

MARÍN-LEÓN L. et al. A percepção de segurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, Sept./Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500016>. Acesso em: 21 mai., 2009.

MARIN-LEÓN, L. et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1433-1440, set./out. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/16.pdf>. Acesso em: 9 maio, 2010.

MELGAR-QUINONEZ. H, HACKETT.M. Measuring household food security: the global experience. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21 (Suplemento), p. 27s-37s, jul./ago., 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/04.pdf>. Acesso em : 9 maio, 2010.

MENDES, P. M. **Segurança alimentar em comunidades quilombolas**: estudo comparativo de Santo Antônio (Concordia do Pará) e Cacau (Colares), Pará. 2006. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Pará, Bélem, 2006. Disponível em: <http://www.btdt.ufpa.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=658>. Acesso em: 12 mar. 2009.

MONTEIRO, C. A. dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 17, n.48, p.7-21, maio/ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-4014200300200000>. Acesso em: 12 out., 2009.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 12 out., 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. ONU, Nova York, 1966. Disponível em :<http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Sist_glob_trat/texto/texto_2.html>. Acesso em: 9 Maio, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sobrepeso y obesidad.** África, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>>. Acesso em: 5 out., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Sobrepeso Y Obesidad Infantiles.** África, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>>. Acesso em: 5 out., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia de Cooperação da OMS, com a República da Guiné-Bissau, 2004-2007.** África, 2004. Disponível em: <http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1418>. Acesso em: 5 out., 2010.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN. **El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo.** Roma, Italia; 2004. Disponível em: <<http://www.fao.org/docrep/007/y5650s/y5650s03.htm#cua>>. Acesso em: 14 set 2010.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACIÓN. **Diretrizes Voluntárias em apoio à realização progressiva do direito à alimentação adequada no contexto da Segurança Alimentar Nacional.** FAO, Roma, 2004. Traduzida e editada pela ABRANDH. Disponível em: <<http://www.abrandh.org.br/downloads/Diretrizes.pdf>>. Acesso em : 13 maio 2009.

_____. **El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2006.** La erradicación del hambre en el mundo: evaluación de la situación diez años después de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, Italia; 2006. Disponível em: <<http://www.usdda.gov>>. Acesso em : 10 mar. 2010.

_____. **El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. 2008.** Roma, Italia; 2008. Disponível em: <<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0291s/i0291s02.pdf>>. Acesso em : 14. set 2010.

_____. **El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2009.** Roma, Italia; 2009. Disponível em: <<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/012/i0876s/i0876s02.pdf>>. Acesso em : 14 set 2010.

PANIGASSI, G. **Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas, SP.** Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. São Paulo, 2005. Disponível em:

<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000389627>> . acesso em : 20 mar.2009.

PEDRAZA, D. F. Grupos vulnerables y su caracterización como criterio de discriminación de la seguridad alimentaria y nutricional en Brasil. **Revista Brasileira de Saude Materna Infantil**, Recife, v. 5, n.3, p. 367-365, jul./set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a13v5n3.pdf>>. Acesso em 20 jun.2010.

PEREIRA D. A. et al. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e Criança-PNDS, 2006. In: segurança Alimentar em Região de Alta Vulnerabilidade da Cidade de São Paulo. **Rev Segurança Alimentar e Nutricional**. São Paulo, v.13, n. 2, p. 34-42, 2006. Disponível em: <<http://www.cepis.org.pe/texcom/nutricion/InseSP.pdf>>. Acesso em: 10 mar., 2010.

PÉREZ-ESCAMILLA ,R et al. An Adapted Version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module Is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. **JN The Journal of Nutrition**. Rockville Pike, v. 134, n. 8, p. 1923–28, 1 august, 2004. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/134/8/1923.abstract>>. Acesso em: 10 mar., 2010.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. Experiência internacional com a escala de percepção da insegurança alimentar. **Cadernos de Estudos avançados Desenvolvimento Social em Debate**. Brasília, n. 2, p. 14-27, 2005. Disponível em:<<http://www.mds.gov.br/institucional/secretarias/secretaria-de-avaliacao-e-gestao-da-informacaosagi/arquivo-sagi/pesquisas>>. Acesso em: 06 set. 2009.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Monitoring the Realization of the Right to Food: Adaptation and Validation of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module to Rural Senegal. **Journal of Nutrition**, Rockville Pike, v. 134, p. 1923-1928, 2004. Disponível em: <<http://www.econ.uconn.edu/working/6.pdf>>. Acesso em jul.2010.

PINHEIRO, ANELISE RIZZOLO DE OLIVEIRA. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Revista do CEBES: Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.29, n. 70, p.125 – 139,mai/ago.2005.

PINHEIRO, ARO; CARVALHO, M. F. C. C. Transformando o problema da fome em questão alimentar e nutricional: uma crônica desigualdade social. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1530>. Acesso em: 7 dez., 2009.

QUEIROZ. M. J. **Saúde em Mapas e Números**. Edição Trimestral, Eurotrials, Portugal, n. 21, p. 1-4, set., 2006. Disponível em: <http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_21.pdf>. acesso em: 12 jun., 2010.

REPÚBLICA DE ANGOLA. Ministério da Família e Promoção da Mulher. Projecto Portal do Governo. **Protocolo á Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos, Relativo aos Direitos da Mulher em África, 2007**. Disponível em: <http://www.saflii.org/ao/legis/num_act/pcaddhedpraddme855.pdf>. Acesso em: 12 jun., 2010.

RADIMER, K; OLSON, C; CAMPBELL, C. Development of indicators to assess hunger. **Journal of Nutrition**, Bethesda, v.120, n. 11, p.1544-1548, 1990. Disponível em: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/120/11_Suppl/1544>. Acesso em: 17 jul., 2010.

RADIMER K. L. et al. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. **Journal of Nutrition Education**. Indianápolis, v. 24, n. 1, p. 36S-45S, jan., /feb., 1992. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/servicos/capes/index.htm>>. Acesso em: 12 fev., 2010.

RENATO S. MALUF; FRANCISCO MENEZES; FLÁVIO L. VALENTE. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, Unicamp, v. IV, p. 66-88, 1996. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/Contribuicao_ao_Tema_da_Seguranca_Alimentar_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 6 mar., 2010.

SALLES-COSTA R. et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev de Nutrição**, Campinas, v. 21, Suppl 0, p. 99-109, jul, AGU, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-52732008000700009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em : abr 2010.

SAMPAIO, M. F.A. et al. Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. **Rev. Segurança alimentar e nutricional**, Campinas, v. 13, n.1, p. 64-77, 2006. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/arquivo_san/inseguranca_alimentar.pdf >. Acesso em: 20 out., 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. **Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras**: Validação de metodologia e de instrumento de coleta de

informação. Urbano/Rural: Relatório Técnico. São Paulo; 2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/vru_unic.pdf>. Acesso em: 12 jun., 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.21, n. 60, p. 143-154, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v21n60/a12v2160.pdf>>. Acesso em: 20 jun., 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M; MARÍN-LEÓN L. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Rev. de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009. Disponível em: <http://www.unicamp.br/nepa/san.php?pag=san_vol_16_2_artigo_1.php&PHPSESSID=df84193f5ab1b7bf64779d9de72d3009>. Acesso em: jul., 2010.

SILVA, FRANCISCO JOSÉ PEREIRA DA . **Estudos da Sustentabilidade Alimentar em Areia Branca-RN, 2001**. 112 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos/sustentabilidade-alimentar-brasil/sustentabilidade-alimentar-brasil4.shtml#literat>>. Acesso em: out. 2010.

SILVA, C. R. O. Metodologia e Organização de Projeto de Pesquisa - **Guia Prático**. Ceará, 2004. Disponível em: <<http://www.etfce.br/pesquisa/metodologia>>. Acesso em 20/03/2009.

SILVA, R. R. Principais políticas de combate à fome implementadas no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, n. 5, ano V, nov. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1014/794>>. Acesso em: 20 dez 2009.

SILVA, D. O. et al . A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil **Revista de Nutrição**, Campinas, SP v.21. suppl. 0 , jul./agos., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732008000700008&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mai., 2009.

STUDDERT L. J; FRONGILLO EA JR; VALOIS, P. Household food insecurity was prevalent in Java during Indonesia's economic crisis. **J Nutr**. Rockville Pike, n. 131, v. 10, p. 2685-91, 2001. Disponível em: <<http://jn.nutrition.org/content/131/10/2685.abstract>>. Acesso em : abr.2010.

TAKAGI, M. A. **Implantação da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: seus limites e desafios**. 2006 208 f. Tese (Doutorado). Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000378382>> . Acessado em 12 dez 2009.

TURATO E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 39, n. 3, p. 507-514, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 26 out.2009.

UCHIMURA.K.Y. BOSI, M.L.M. Programas de comercialização de alimentos: uma análise das modalidades de intervenção em interface com a cidadania. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.16,n. 4, p. 387-97, out./dez., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732003000400002&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 12 dez 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Acompanhamento e a v a l i a ç ã o da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. **Relatório Técnico**. Campinas. UNICAMP, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao_brasil1.pdf>. Acesso em: 13 mar 2009.

VIANNA, R. P. T; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Rev de Nutrição**. Campinas, v. 21, suppl., p. 111s-122s, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732008000700010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: jan 2009.

VALENTE. F. L. S. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. **Revista de Nutrição Puccamp**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 20-36, 1997. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=200560&indexSearch=ID>> . Acesso em: 03 de jan. 2009.

_____. **O Direito Humano à Alimentação**:desafios e Conquistas. São Paulo, Cortez Editora, 2002.

_____. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n.1, p.51-60, jan-jun 2003. Disponível em: <<http://www.cepis.org.pe/texcom/nutricion/2012-5.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2009.

VASCONCELOS, F.A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 439-457, jul./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1415-52732005000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09 dez. 2009.

VITORA, C. G; KNAUT, D. R; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre.Tomo, 2000.

WELCH, K .J; MOCK, N. & O. Ntretienko. Measuring hunger in the Russian Federation using the Radimer / Cornell hunger scale. **Bull World Health Organ**. New Orleans, v. 76, n. 2, p. 143-8, 1998. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9648354>. Acesso em 14 set 2010.

YUYAMA, L. K. O. et al. Percepção e compreensão dos conceitos contidos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, em comunidades indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21 (supl), p. 53s-63s, jul./ago, 2008. Disponível em: <http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:_8roK_UtE8IJ:www.scielo.br/pdf/rn/v21s0/06.pdf+Percep%C3%A7%C3%A3o+e+compreens%C3%A3o+dos+conceitos+contidos+na+Escala+Brasileira+de+Inseguran%C3%A7a+Alimentar,+em+comunidade+ind%C3%ADgenas+no+estado+do+Amazonas,+Brasil&hl=pt-PT&gl=br&sig=AFQjCNG9qvl_RBbFYleBpt97PLERdqytFA>, Acesso em 23 out 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002**. Reducing risks, promoting healthy life. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>>. Acesso em: 10 jul. 2010.