

Luiz Eduardo de Andrade Sodré¹
Carolina Abreu de Carvalho²
Poliana Cristina de Almeida Fonsêca²
Silvio Gomes Monteiro¹
Sueli Ismael Oliveira da Conceição¹

Food insecurity among the beneficiaries enrolled in a Nutrition Health Program for Underprivileged Children with Allergy and/or Food Intolerance in the state of Maranhão, Brazil

| Insegurança alimentar de beneficiários do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e Intolerância Alimentar no Maranhão

ABSTRACT | Introduction: *Children participating Assistance Program for Poor Children with allergy and / or Food Intolerance in Maranhão, represent a risk group for food insecurity, given their food and socio-economic vulnerability. Objective:* To evaluate food insecurity of the families whose children are enrolled in the Nutrition Health Program for Underprivileged Children with allergy and/ or food intolerance in the state of Maranhão, Brazil. **Methods:** *This cross-sectional study used a convenience sample and involved 44 family caretakers of children aged 10 years old or younger. A survey was undertaken to collect socioeconomic and demographic data. Food insecurity was evaluated by the Brazilian Scale of Food Insecurity. Results:* Prevalence of food insecurity was 81.8%, with 50% classified as mild food insecurity and 27.3% as moderate. Severe food insecurity was found to be the highest (16.3%) in homes with the largest number of residents ($p < 0.018$). There was no severe and moderate food insecurity in either upper middle class or middle class families. Mild food insecurity was found in 28.6% of middle class families ($p = 0.001$). Non-participation in any other social program was reported by 63.6% of the families, and for such families severe food insecurity reached 100% ($p = 0.044$). **Conclusion:** *The prevalence of food insecurity was high among children participating in the program. Food insecurity was associated with the number of residents per household, socioeconomic status and non-participation in any other social programs, demonstrating the close relationship between food insecurity and socioeconomic indicators.*

Keywords | Food and Nutrition Security; Nutrition Policy; Child.

RESUMO | Introdução: Crianças participantes do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar, no Maranhão, representam um grupo de risco para a insegurança alimentar, dada sua vulnerabilidade alimentar e socioeconômica. **Objetivo:** Avaliar a situação de insegurança alimentar das famílias das crianças beneficiárias do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar, no Maranhão. **Métodos:** Estudo transversal, com amostra de conveniência, desenvolvido com 44 responsáveis por crianças com até 10 anos de idade. Aplicou-se um questionário para obtenção de dados socioeconômico-demográficos. A situação de insegurança alimentar foi avaliada pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Resultados:** A prevalência de insegurança alimentar foi de 81,8%, sendo 50% de insegurança alimentar leve e 27,3% de insegurança alimentar moderada. A insegurança alimentar grave foi mais elevada (16,3%) nos domicílios com maior número de moradores ($p < 0,018$). Não houve insegurança alimentar grave e moderada nas famílias das classes A e B. A insegurança alimentar leve ocorreu em 28,6% da classe B ($p = 0,001$). A não participação em outro programa social foi referida por 63,6% das famílias e, destas, a insegurança alimentar grave atingiu 100% ($p = 0,044$). **Conclusão:** A prevalência de insegurança alimentar foi elevada entre as crianças beneficiárias. A situação de insegurança alimentar associou-se com o número de moradores por domicílio, classe socioeconômica e não participação em outros programas sociais, demonstrando a relação existente entre essa condição e os indicadores socioeconômicos.

Palavras-chave | Segurança Alimentar e Nutricional; Política Nutricional; Criança.

¹Centro Universitário do Maranhão, São Luís/Maranhão, Brasil

²Universidade Federal de Viçosa, Viçosa/Minas Gerais, Brasil

INTRODUÇÃO |

O tratamento da intolerância à lactose e/ou alergias alimentares na infância requer a ingestão de fórmulas infantis que consomem grande parte da renda familiar, desviando recursos financeiros que poderiam ser utilizados para comprar outros alimentos e suprir as demais necessidades da família¹. Essa condição pode comprometer a segurança alimentar e nutricional, a qual é alcançada quando todos os membros de uma família têm acesso, por meio socialmente aceitável, ao consumo de alimentos em quantidade suficiente e de qualidade adequada, podendo contribuir para uma vida produtiva e saudável².

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)³ realizada em 2009 mostrou que a prevalência de insegurança alimentar, no Brasil, era de 30,2%, variando entre as formas leve, moderada e grave. O risco de insegurança alimentar é maior em famílias com presença de crianças e/ou adolescentes e com menor poder aquisitivo⁴. Tal condição resulta do alto custo da alimentação, da baixa disponibilidade orçamentária ou da falta de acesso a recursos para a aquisição ou para a produção de alimentos³.

Tem sido demonstrada a associação da insegurança alimentar com indicadores socioeconômicos como: renda, cor da pele, número de moradores por domicílio, condições de saneamento básico e abastecimento de água na moradia⁵. Assim, a insegurança alimentar da família pode ser um reflexo do impacto das condições socioeconômicas adversas⁶⁻⁸.

Com o intuito de combater a pobreza e a fome de famílias em vulnerabilidade socioeconômica, alguns países implementam os programas de transferência de renda⁹. No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF) é o principal programa de transferência de renda e tem como objetivo combater a fome e promover segurança alimentar e nutricional das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza¹⁰. Em 2008, um relatório técnico do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE), sobre as repercussões do PBF quanto à segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiárias, demonstrou que a contribuição monetária do programa favorece o acesso das famílias a alimentos. O gasto com alimentação representou 87% de todo o repasse de recurso às famílias, o que revela a prioridade de investimento no acesso aos alimentos¹¹.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos e a Constituição Federal preveem que é dever do Estado

garantir o acesso à alimentação, amparo e assistência às crianças carentes¹². Por sua vez, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da segurança alimentar e nutricional da população. Para tanto, uma das suas diretrizes abrange a organização da atenção nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹³. Nesse contexto, o Estado do Maranhão implantou o Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar, em 2004, por meio do Decreto nº 20.621/04, sendo responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde a sua implementação¹⁴. Conforme o disposto na Instrução Normativa nº 01, de 01/12/04, que regulamenta o Programa, as crianças cadastradas recebem fórmulas infantis especiais e são reavaliadas, periodicamente, por uma equipe multiprofissional de um hospital infantil de referência, localizado em São Luís¹⁵.

Diante da vulnerabilidade socioeconômica das crianças participantes do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar, no Maranhão, este estudo tem como objetivo investigar a situação de insegurança alimentar das famílias dos beneficiários.

MÉTODOS |

Estudo transversal, realizado em outubro de 2009, com os cuidadores ou responsáveis pelas crianças beneficiárias do Programa de Assistência às Crianças com Alergia e/ou Intolerância Alimentar do Estado do Maranhão, assistidas em um hospital infantil de referência, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

Estavam cadastradas no programa 352 crianças com idades de até 10 anos, em 2009. Nesta investigação foram realizadas entrevistas com 44 responsáveis/cuidadores de crianças beneficiárias, residentes na capital e no interior do Maranhão. A amostra definida foi por conveniência. Foram excluídos da investigação os beneficiários cujos cuidadores ou acompanhantes não residiam com o menor.

As entrevistas foram conduzidas na sala de espera do ambulatório de gastropediatria do hospital de referência. O estudo piloto foi realizado no mesmo hospital com dez pais/responsáveis das crianças beneficiárias do programa, antes de iniciar a coleta de dados. Os resultados do pré-teste não fizeram parte desta investigação.

Para a identificação e obtenção de dados socioeconômico-demográficos da família dos beneficiários aplicou-se um formulário, com questões sobre a procedência (capital ou interior), número de pessoas residentes no domicílio, grau de instrução do chefe de família (considerado a pessoa com maior renda no domicílio), participação em programa social e condições de saneamento básico da residência.

Para avaliação socioeconômica, adotou-se o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), preconizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que permite estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por meio de classes econômicas¹⁶.

Para a classificação das famílias quanto à condição de insegurança alimentar, utilizou-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que é um instrumento validado para a população brasileira. A escala classifica as famílias em quatro categorias: (a) segurança alimentar; (b) insegurança alimentar leve (IA leve); (c) insegurança alimentar moderada (IA moderada); e (d) insegurança alimentar grave (IA grave). Esse instrumento contempla um questionário com 15 perguntas referentes à experiência da família, nos últimos três meses, de insuficiência alimentar em diversos níveis de intensidade. Inclui desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar um dia todo sem comer. A soma de todas as repostas varia de 0 a 15 pontos. Quando não há resposta positiva, a família é classificada em situação de segurança alimentar; entretanto, se as famílias apresentam de 1 a 5 respostas positivas, estarão inseridas na classificação de insegurança alimentar leve. Se apresentarem de 6 a 10 respostas positivas, estarão classificadas em insegurança alimentar moderada. Por fim, se a soma de todas as repostas positivas for de 11 a 15, a família é classificada em risco de insegurança alimentar grave¹⁷.

O processamento de dados foi realizado no Software Epi – Info 3.4.2. Foram elaboradas tabelas, envolvendo as variáveis estudadas, acompanhadas dos Testes de qui-quadrado. A associação entre as variáveis foi considerada significativa quando o valor de p (*p-value*) foi menor que 0,05. O nível de significância adotado foi de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ensino Universitário do Maranhão (UNICEUMA), sob o parecer nº 00753/09. Todos os responsáveis ou cuidadores das crianças concordaram com a participação na pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS |

O estudo mostrou que a prevalência de insegurança alimentar nas famílias das crianças beneficiárias do Programa foi de 81,8%, com o predomínio da insegurança alimentar leve (50%), seguida da insegurança alimentar moderada (27,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Prevalência de segurança e insegurança alimentar entre beneficiários do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar. São Luís, MA, 2009

Variáveis	n	%
Segurança Alimentar	8	18,2
Insegurança Alimentar Leve	22	50,0
Insegurança Alimentar Moderada	12	27,3
Insegurança Alimentar Grave	2	4,5
Total	44	100

O grau de parentesco predominante dos entrevistados com as crianças foi de mães (65,9%), seguido de pais (18,2%) e avós (11,4%). Entre os entrevistados, 77,3% procediam da capital. Domicílios com até cinco moradores representaram 86,4% da amostra, observando-se que a insegurança alimentar grave foi maior nos domicílios com seis ou mais moradores (16,6%) ($p < 0,018$). Cursaram o Colegial completo/Superior incompleto 59,1% dos chefes da família e 9,1% deles eram analfabetos. A classe econômica predominante das famílias das crianças foi a C (54,5%), seguida da D (22,7%). Não se observou insegurança alimentar grave e moderada nas famílias das classes A e B ($p = 0,001$). A insegurança alimentar leve foi constatada em 100% das famílias da classe A e em 28,6% da classe B (Tabela 2).

Ainda na Tabela 2, ao analisar a caracterização das residências, prevaleceram os serviços de saneamento realizados pela rede pública, representando 70,5% do abastecimento de água, 86,4% da coleta de lixo e 61,4% do esgotamento sanitário. Referiram beber água filtrada 93,2% dos entrevistados.

Quanto à participação em programa social, o único referido foi o Programa Bolsa Família, estando inseridos nele 36,4% do grupo em estudo. Entre as famílias que não participaram de programas sociais, a insegurança alimentar grave atingiu 100% ($p = 0,044$) (Tabela 3).

Tabela 2 - Prevalência de insegurança alimentar entre os beneficiários do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar, segundo variáveis socioeconômico-demográficas. São Luís, MA, 2009

Variáveis	n	%	Segurança Alimentar	Insegurança Alimentar ¹			p-valor (x ²)
				Leve	Moderada	Grave	
Grau de parentesco dos entrevistados							
Mãe	29	65,9	10,3	50,0	20,0	0,0	0,114
Pai	8	18,2	62,1	0,0	60,0	50,0	
Avós	5	11,4	20,7	50,0	20,0	50,0	
Tios	2	4,5	6,9	0,0	0,0	0,0	
Procedência							
Capital	34	77,3	23,5	47,0	26,4	3,1	0,321
Interior	10	22,7	0,0	60,0	30,0	10,0	
Número de moradores por domicílio							
Até 5	38	86,4	18,5	52,7	26,4	2,4	0,018
6 a 9	6	13,6	16,6	33,3	33,3	16,6	
Grau de instrução do chefe da família							
Analfabeto/Primário incompleto	4	9,1	0,0	75,0	25,0	0,0	0,063
Primário completo/Ginasial incompleto	4	9,1	25,0	25,0	25,0	25,0	
Ginasial completo/Colegial incompleto	5	11,3	0,0	20,0	60,0	20,0	
Colegial completo/Superior incompleto	26	59,1	15,4	57,7	26,9	0,0	
Superior completo	5	11,4	60,0	40,0	0,0	0,0	
Classificação Econômica							
A	1	2,3	0,0	100,0	0,0	0,0	0,001
B	7	15,9	71,4	28,6	0,0	0,0	
C	24	54,6	12,5	50,0	37,5	0,0	
D	10	22,7	0,0	70,0	20,0	10,0	
E	2	4,5	0,0	0,0	50,0	50,0	
Coleta de lixo							
Serviço de limpeza municipal	38	86,4	100,0	86,4	75,0	100,0	0,596
Queimado/enterrado	5	11,3	0,0	9,1	25,0	0,0	
Colocado a céu aberto	1	2,3	0,0	4,5	0,0	0,0	
Esgotamento sanitário							
Rede pública	27	61,4	100,0	50,0	58,3	50,0	0,157
Fossa séptica	16	36,3	0,0	50,0	33,4	50,0	
Céu aberto	1	2,3	0,0	0,0	8,3	0,0	
Origem da água para beber							
Filtrada	41	93,2	87,5	100,0	83,3	100,0	0,262
Não tem filtro, mas é tratada	3	6,8	12,5	0,0	16,7	0,0	
Total	44	100	100	100	100	100	

Não se observou associação estatística significativa entre as seguintes variáveis: grau de parentesco dos entrevistados, procedência, grau de instrução do chefe da família, abastecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário, origem da água para beber e insegurança alimentar.

DISCUSSÃO |

A elevada prevalência de insegurança alimentar, com predomínio da insegurança alimentar leve e moderada, foi constatada entre as famílias das crianças beneficiárias do Programa no Maranhão. A insegurança alimentar nesta

Tabela 3 - Inserção dos beneficiários do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar em programas sociais, segundo os níveis de insegurança alimentar. São Luís, MA, 2009

Inserção em programa social	n	%	Níveis de Insegurança Alimentar (%)				p-valor (χ^2)
			Ausente	Leve	Moderada	Grave	
Bolsa Família¹							
Sim	16	36,4	12,5	31,8	66,7	0,0	
Não	28	63,6	87,5	68,2	33,3	100,0	
Total	44	100	100	100	100	100	0,044

¹Bolsa Família: único programa referido na entrevista.

investigação foi mais elevada que a encontrada em pesquisa com 402 crianças menores de 30 meses, em Duque de Caxias-RJ (72%), município com elevada pobreza extrema¹⁸. Em domicílios maranhenses com moradores menores de 18 anos, a prevalência de insegurança alimentar foi de 70,9% no ano de 2009³.

Segundo Souza *et al.*⁶, a presença de menores de 18 anos no domicílio agrava a situação de insegurança alimentar. Essa condição também foi observada nos achados de Ferreira *et al.*²⁰, ao comparar a insegurança alimentar em 1.444 famílias do estado de Alagoas. Os autores constataram que a insegurança alimentar foi maior entre as famílias com menores de 18 anos (65,8%) em comparação àquelas sem pessoas nessa faixa etária (55,4%).

Na presente pesquisa, corroborando com os autores citados, a elevada prevalência de insegurança alimentar ocorreu em domicílios com presença de crianças. Essa condição demonstra a vulnerabilidade do grupo investigado e a importância da sua permanência no programa de doação de fórmulas infantis especiais.

Todas as famílias das crianças investigadas que pertenciam à classe econômica E estavam em condição de insegurança alimentar moderada e grave, assemelhando-se a outros estudos^{10,20}. Embora o programa tenha como público-alvo as crianças carentes, as determinações judiciais garantiram a inserção daquelas cujas famílias pertenciam às classes A e B. Ressalta-se que não se observou insegurança alimentar moderada e grave nas famílias das crianças dessas classes econômicas, consideradas mais favorecidas.

Nesse contexto, com o aumento da classe econômica a frequência de segurança alimentar na amostra estudada também aumentou. Esses resultados ratificam a investigação de Salles-Costa *et al.*²¹, com 1.085 famílias no Rio de Janeiro.

Esses autores verificaram que à medida que a renda familiar aumentou a insegurança alimentar, sobretudo a de nível grave, reduziu.

A renda familiar é o mais importante determinante isolado da insegurança alimentar e o seu aumento favorece a aquisição de alimentos, melhorando a situação de segurança alimentar⁴. Porém, mesmo em famílias de maior poder aquisitivo, pode-se encontrar situações desfavoráveis em relação à segurança alimentar, uma vez que esta é influenciada por diversos outros aspectos além da renda²². Neste estudo, em 28,6% das famílias pertencentes à classe B houve insegurança alimentar leve, a qual é caracterizada pela preocupação com a falta de alimento no futuro próximo.

A maior frequência de segurança alimentar foi observada nos domicílios com até cinco moradores. Por sua vez, a insegurança alimentar grave se associou aos domicílios com seis ou mais moradores, concordando com os resultados de outros autores^{5,9,10,18}. Destaca-se que o crescimento da família aumenta as necessidades básicas de seus integrantes, que por vezes não podem ser supridas, pois nem sempre é sinônimo de aumento na renda¹⁰.

Nenhuma das famílias das crianças avaliadas em situação de insegurança alimentar grave fazia parte de programas sociais. Esse achado é desfavorável, considerando que os programas de transferência de renda, em especial o PBF, são estratégias do Estado para minimizar a situação de insegurança alimentar da população mais vulnerável⁵. Pesquisas têm demonstrado a efetividade de programas de transferência de renda, uma vez que a renda transferida é prioritariamente gasta com alimentação, contribuindo para melhorar a situação de segurança alimentar dos seus beneficiários²²⁻²⁴.

Vale salientar que a insegurança alimentar entre os beneficiários do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar no Maranhão foi elevada. Contudo, é possível que essa condição fosse agravada caso as famílias não tivessem o apoio do referido programa.

Considerando que as fórmulas infantis têm preço elevado, caso esse ônus tivesse que ser assumido pelas famílias das crianças, comprometeria grande parte de seu orçamento, agravando ainda mais a insegurança alimentar²⁵.

A utilização de uma amostra de conveniência foi uma limitação deste estudo, uma vez que não permitiu minimizar os efeitos da casualidade nos resultados. Entretanto, trata-se de uma investigação relevante, pois permitiu avaliar a situação de insegurança alimentar em beneficiários de um programa social, os quais representam um grupo de elevada vulnerabilidade devido à sua condição socioeconômica e patológica.

Diante desse cenário, urge a necessidade de implantação e implementação de estratégias que visem à melhoria das condições socioeconômicas do grupo investigado, de forma a contribuir para a redução da prevalência de insegurança alimentar.

CONCLUSÃO |

A prevalência de insegurança alimentar foi elevada entre as crianças beneficiárias do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e/ou Intolerância Alimentar no Maranhão. A situação de insegurança alimentar associou-se com o número de moradores por domicílio, classe socioeconômica e não participação em programas sociais, demonstrando a relação existente entre essa condição e os indicadores socioeconômicos.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia Alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. [citado em 2014 mai. 1]. Disponível em: URL: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf>.

2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Segurança alimentar. Rio de Janeiro; 2004. [citado em 2009 abr. 18]. Disponível em: URL: <www.planalto.gov.br/consea>.

3. Brasil, Ministério do Planejamento, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2009: Segurança alimentar, Brasil, Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [citado em 2014 fev. 1]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf>.

4. Hoffmann R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil: análise de dados do PNAD de 2004. *Segur aliment nutr.* 2008; 15(1):49-61.

5. Souza NN, Dias MM, Sperandio N, Franceschini SCC, Priore SE. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012; 21(4):655-62.

6. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(10):2376-84.

7. Kepple AW, Segall-Corrêa AM. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. *Ciênc saúde colet.* 2011; 16(1):187-99.

8. Silva CCS, Oliveira KBB, Alves AS, Neves JA, Modesto CAC, Vianna RPT. Associação entre consumo alimentar e (in)segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos – PB. *Braz. J. Food Technol.*, 2012; 15(n.º esp) 23-30.

9. Cabral MJ, Vieira KA, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. *Estud av.* 2013; 27(78):71-87.

10. Anschau FR, Matsuo T, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. *Rev Nutr.* 2012; 25(2):177-189.

11. Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase). Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro; 2008. [citado em 2014 fev. 1]. Disponível em: URL: <http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf>.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988. [citado 2014 fev. 1]. Disponível em: URL: <bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/.../constituicao_federal_35ed.pdf?>>.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2014 fev. 1]. Disponível em: URL: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>.
14. Maranhão. Decreto nº20.621, de 08 de julho de 2004. Dispõe sobre a Implantação do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Alergia e Intolerância Alimentar em São Luís, MA. São Luís: Diário Oficial do Maranhão, 2004.
15. Instrução Normativa Nº 01, de 01 de dezembro de 2004. Estabelece normas e procedimentos para a execução do Programa de Assistência às Crianças Carentes com Intolerância e/ou Alergia Alimentar, e dá outras providências. São Luís: Diário Oficial do Maranhão, 2004.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB. ABEP; 2008.
17. Segall-Corrêa AM, Salles-Costa R. Novas possibilidades de alimentação a caminho? Democracia Viva. 2008; 39:68-73.
18. Pimentel PG, Sichieri R, Salles-Costa R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. R. bras. Est. Pop. 2009; 26(2):283-94.
19. Ferreira HS, Souza MECA, Moura FA, Horta BL. Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. Ciênc saúde colet. 2013; 9(5):1533-42.
20. Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(1):41-9.
21. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcellos MTL, Veiga GV, Marins VMR, Jardim BC, et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Nutr., 2008; 21(Suppl 0):99-109.
22. Vianna RPT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. Rev. Nutr., 2008; 21(Suppl 0):111-122.
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDF). Avaliação de impacto do programa bolsa família. Brasília: MDS; 2007.
24. Faria CT. Eficácia, eficiência e efetividade do Programa Bolsa Família no município de Cruz do Espírito Santo/PB. Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais. 2010; 15:46-65 [citado em 2013 dez. 5]. Disponível em: URL: <<http://www.cchla.ufpb.br/caos/n15/3%20artigo%20carlos%20tiago.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Luiz Eduardo Sodré

CEUMA, rua 31, quadra 22, n. 69

Jardim Araçagy 3

São José de Ribamar - MA, Brasil

CEP: 65110-000

E-mail: carol.103@me.com

Submetido em: 26/04/2014

Aceito em: 22/10/2014