

Determinantes da Insegurança Alimentar Em Residências com Crianças de 0 a 36 Meses

Determinants of Food Insecurity in Residences with Children from 0 To 36 Months

Determinantes de la Inseguridad Alimentaria en Residencias con Niños de 0 a 36 Meses

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos e de condições de vida com o risco de insegurança alimentar em domicílios com crianças de 0 a 36 meses. **Método:** Estudo transversal, conduzido com domicílios com crianças nascidas nos anos de 2019, 2020 e 2021. Foram analisados 305 domicílios e reportados dados dos seus responsáveis e crianças. Modelo de regressão logística, ajustado, foi construído. **Resultados:** Um terço dos domicílios está em risco de insegurança alimentar. Foi observado um maior risco naqueles maiores de 30 anos e naqueles que referiram receber auxílio Bolsa Família ($p < 0,05$), enquanto aqueles com união estável e renda acima de um salário mínimo brasileiro ($p < 0,05$) apresentaram menores chances de insegurança alimentar. **Conclusão:** O risco de IA no domicílio foi elevado o que demonstra a necessidade de estratégias e ações que diminuem esse risco em domicílios de baixa renda.

DESCRIPTORES: Insegurança alimentar. Primeira infância. Domicílios. Condições de vida. Fome

ABSTRACT

Objective: To analyze the association of sociodemographic, economic, and living condition factors with the risk of food insecurity in households with children aged 0 to 36 months. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with households that had children born in 2019, 2020, and 2021. Data from 305 households, including information about caregivers and children, were analyzed. An adjusted logistic regression model was constructed. **Results:** One-third of the households were at risk of food insecurity. A higher risk was observed among individuals over 30 years of age and those who reported receiving Bolsa Família assistance ($p < 0.05$), while those with a stable union and an income above the Brazilian minimum wage ($p < 0.05$) had lower odds of food insecurity. **Conclusion:** The risk of household food insecurity was high, highlighting the need for strategies and actions to reduce this risk in low-income households.

DESCRIPTORS: Food insecurity. Early childhood. Households. Life conditions. Hunger

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación de factores sociodemográficos, económicos y de condiciones de vida con el riesgo de inseguridad alimentaria en hogares con niños de 0 a 36 meses. **Métodos:** Estudio transversal realizado en hogares con niños nacidos en los años 2019, 2020 y 2021. Se analizaron datos de 305 hogares, incluyendo información de sus responsables y niños. Se construyó un modelo de regresión logística ajustado. **Resultados:** Un tercio de los hogares presentó riesgo de inseguridad alimentaria. Se observó un mayor riesgo entre los mayores de 30 años y aquellos que informaron recibir asistencia del programa Bolsa Familia ($p < 0,05$), mientras que aquellos con unión estable y con ingresos superiores a un salario mínimo brasileño ($p < 0,05$) presentaron menores probabilidades de inseguridad alimentaria. **Conclusión:** El riesgo de inseguridad alimentaria en los hogares fue elevado, lo que resalta la necesidad de estrategias y acciones para reducir este riesgo en hogares de bajos ingresos.

DESCRIPTORES: Inseguridad alimentaria. Niñez temprana. Hogares. Condiciones de vida. Hambre

RECEBIDO EM: 27/04/2025 APROVADO EM: 13/05/2025

Como citar este artigo: Segheto W, Veríssimo MO, Souza CM, Bernardes MS, Oliveira JPL, Melo CM, Toloni MHA. Determinantes da Insegurança Alimentar Em Residências com Crianças de 0 a 36 Meses. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(97):16266-16283. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i97p16266-16283

ID Wellington Segheto
Doutor em Ciência da Nutrição e Doutor em Educação Física – Univ. Federal de Lavras.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5712-7665>

ID Marina de Oliveira Veríssimo
Graduada em Odontologia – Univ. Federal de Lavras.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6723-9724>

ID Camila Maciente Souza
Mestre em Nutrição e Saúde – Univ. Federal de Lavras.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6162-8243>

ID Milena Serenini Bernardes
Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria – Univ. Federal de Lavras..
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2266-2991>

ID João Paulo Lima de Oliveira
Doutor em Plantas Medicinais, Aromáticas e Condimentares – Univ. Federal de Lavras.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9623-5474>

ID Camila Maria de Melo
Doutora em Psicobiologia – Univ. Federal de Lavras.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7118-4893>

ID Maysa Helena de Aguiar Toloni
Doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria – Univ. Federal de Lavras..
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0297-0786>

INTRODUÇÃO

Mundialmente, dados relativos ao ano de 2022 indicaram que a fome afeta, em média, 735 milhões de pessoas ⁽¹⁾. No Brasil, cerca de 33 milhões de pessoas estão passando fome ⁽²⁾. Embora o Brasil houvesse saído do mapa da fome em 2014 ⁽³⁾ e com perspectivas de se consolidar em uma posição de destaque no mundo quanto à segurança alimentar, houve um agravamento em nosso país devido a aspectos econômicos e políticos ⁽⁴⁾, tornando importante a promoção da segurança alimentar.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a garantia, para todas as pessoas, de condições de acesso aos alimentos básicos, de qualidade e em quantidade suficiente, permanentemente e de forma que o acesso a outras necessidades básicas não seja comprometido ⁽⁵⁾. Por outro lado, a IA é uma progressão de eventos que começa com a preocupação dos membros da família em ter acesso ao alimento necessário, chegando ao nível de comprometimento ⁽⁶⁾.

Globalmente, a IA afeta cerca de 2,4 bilhões de pessoas ⁽¹⁾. No Brasil, dados da POF 2017-2018 ⁽⁷⁾ indicaram que 36,7% dos domicílios apresentaram algum nível de IA, sendo que a IA grave foi observada em 10,3 milhões de pessoas.

Dados mais recentes, embora indiquem uma redução no número de indivíduos em situação de insegurança alimentar severa, mostram que 2,5 milhões de pessoas ainda passam um dia inteiro ou mais sem se alimentar no Brasil ⁽³⁾.

Os indivíduos em risco de IA grave apresentam um consumo alimentar com escasso aporte energético, com diminuição da ingestão de macronutrientes e inadequado aporte de vitaminas e minerais ⁽⁸⁾. Nas crianças, a ingestão abaixo do ideal de energia, proteínas e micronutrientes nos primeiros cinco anos de vida tem impactos que suscitam déficit no desenvolvimento físico e psicológico, que podem ter repercussão ao longo da vida, comprometendo o funcionamento cognitivo desses indivíduos ⁽⁹⁾. A IA na primeira infância pode evidenciar implicações negativas, indo além da saúde física até o desenvolvimento socioemocional ⁽¹⁰⁾.

Embora os dados demonstrem que a IA não ocorre igualmente entre as regiões do país, as regiões mais desenvolvidas também são afetadas no escopo do acesso à alimentação adequada ⁽¹¹⁾. Em Lavras, município localizado no sul do estado de Minas Gerais, as condições socioeconômicas e a dependência de benefícios governamentais evidenciam uma realidade frequente das cidades distantes de grandes centros urbanos ⁽¹²⁾.

Porém, dados em domicílios com crianças menores de 3 anos são incipientes na literatura.

Estudos que busquem identificar as condições de IA e os fatores associados em cidades de porte médio se fazem importantes com o intuito de gerar evidências científicas para embasar novas estratégias e destinação de recursos para a adoção de políticas públicas para a promoção da saúde e prevenção de doenças no público infantil. Portanto, visando contribuir para a compreensão do mapa de IA no Brasil, o presente estudo aspira analisar a associação de fatores sociodemográficos, econômicos e de condições de vida com o risco de IA em domicílios com crianças de 0 a 36 meses em um município de médio porte de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou os dados da linha de base da pesquisa “Caderneta de Saúde da Criança: Implicações sobre a Segurança Alimentar e Nutricional na Primeira Infância”, a qual avaliou, em particular, a dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Todos os procedimentos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e demais normas vigentes na legislação brasileira foram seguidos. O

estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal XXXXXX (CAAE nº XXXXXXXX, parecer nº XXXXXXXX).

O estudo foi desenvolvido na cidade de Lavras, localizada no sul de Minas Gerais. Segundo dados de 2022, a população do município é de 104.761 habitantes, sendo 5.780 crianças de 0 a 4 anos de idade (5,52% da população total). O salário médio dos trabalhadores formais é de 2,5 salários mínimos, e o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,78⁽¹³⁾. A cobertura da Atenção Primária à Saúde é de 57%, com 19 Estratégias de Saúde da Família (ESF) em funcionamento no território.

Foram elegíveis todas as famílias com crianças de 0 a 36 meses cadastradas nas ESF. O número de famílias foi definido considerando os nascidos vivos nos anos de 2019 (1.456), 2020 (1.374) e 2021 (1.309), totalizando 4.139 nascidos vivos. Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula para amostras simples de proporção, considerando uma prevalência de IA grave de 18,1% em crianças brasileiras⁽²⁾, nível de confiança de 95% e margem de erro de 4,5%. O cálculo resultou em uma amostra de 282 crianças. Como a população de crianças em Lavras é finita, aplicou-se a fórmula de correção para populações limitadas, resultando em um número final de 264 crianças. A amostragem foi não probabilística, incluindo todas as crianças que compareceram às consultas na ESF ou que foram visitadas em suas residências, sendo avaliadas 305 famílias.

A coleta de dados iniciou-se com a obtenção de informações secundárias junto à Secretaria de Saúde e/ou às unidades da ESF, abrangendo o nome da criança, data de nascimento e endereço. Com base nesses registros, a coleta foi realizada nos dias de atendimento pediátrico nas ESF e/ou em visitas domiciliares, entre março e outubro de 2022. A equipe de coleta foi composta por alunos, previamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Após a

apresentação dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos, aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, quando aplicável, o Termo de Assentimento, iniciando-se então a coleta.

Para a avaliação do risco de IA domiciliar, utilizou-se o instrumento Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), validado para a população brasileira^(5,6,14). O TRIA é composto por duas questões: “1. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? (Não/Sim)” e “2. Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha porque o dinheiro acabou? (Não/Sim)”. A presença de respostas positivas (“Sim”) para ambas as questões caracterizou o domicílio como em risco de IA.

As variáveis independentes foram: idade da mãe (categorizada em “≤ 30 anos” e “> 30 anos”); cor da pele auto-declarada (categorizada em “branca” e “não branca”); estado civil (categorizado em “solteiro” e “união estável”); escolaridade do responsável (categorizada em “< 9 anos”, “9 a 12 anos” e “> 12 anos”); ocupação atual do responsável pelo domicílio (categorizada em “sem ocupação” e “trabalho remunerado”); renda familiar total em salários mínimos (categorizada em “< 1 salário mínimo”, “1 a 2 salários mínimos” e “> 2 salários mínimos”); número de moradores no domicílio (categorizado em “≤ 3 moradores” e “≥ 4 moradores”); recebimento de cesta verde e/ou cesta básica (categorizado em “não” e “sim”); peso ao nascer da criança (categorizado em “≤ 2.500 g” e “> 2.500 g”); estado nutricional da mãe (categorizado em “normal” e “excesso de peso”); condição do esgoto da residência (categorizada em “fechado” e “aberto”); tabagismo atual (categorizado em “não” e “sim”); e consumo atual de bebida alcoólica (categorizado em “não” e “sim”).

Os dados antropométricos foram obtidos por meio de balança pediátrica (para crianças menores de 24 meses) e balança digital WiSO (W801), com

capacidade máxima de 180 kg e precisão de 100 g, para as demais crianças e adultos. Para a aferição da estatura, utilizou-se o estadiômetro portátil digital da marca Altura Exata, com escala em centímetros e precisão de 1 mm. A partir dessas medidas, o estado nutricional do responsável foi calculado por meio do índice de massa corporal (IMC = massa corporal/estatura², em metros quadrados), seguindo protocolo recomendado (15). Para as análises, o estado nutricional foi categorizado em normal (< 25 kg/m²) e excesso de peso (≥ 25 kg/m²).

O controle de qualidade, a digitação e a verificação da consistência dos dados foram realizados. A digitação foi feita em dupla entrada, utilizando o programa EpiInfo®, a fim de identificar erros. A descrição da amostra foi realizada por meio da apresentação das frequências absolutas e relativas do desfecho e das variáveis independentes. Para a estimativa das razões de chances (odds ratios - OR) brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), utilizou-se a regressão logística binária. Variáveis associadas ao desfecho em nível de significância de $p < 0,20$ foram incluídas na análise múltipla. O modelo final foi construído utilizando o método backward, em que as variáveis foram retiradas uma a uma até permanecerem apenas aquelas associadas ao desfecho com $p < 0,05$. As análises estatísticas foram conduzidas no programa Statistical Software for Professional (STATA), versão 13.1.

RESULTADOS

Participaram do estudo 305 famílias, com média de idade da mãe de 29,8 anos ($\pm 9,7$ anos). Um terço dos domicílios apresenta risco de IA (33,77%). As perdas de seguimento em relação à avaliação de IA não foram significativas ($p = 0,493$). As características dos responsáveis, do domicílio e da criança estão descritas na Tabela 1.

TABELA 1 - Características dos domicílios, responsáveis e das crianças em Lavras, MG, Brasil, 2022

Variáveis	n	%
Idade da mãe		
≤ 30 anos	185	60,66
> 30 anos	120	39,34
Cor da pele autoreferida		
Branco	76	24,92
Não branco	229	75,08
Estado civil		
Solteiro	129	42,30
União estável	176	57,70
Escolaridade do responsável		
< 9 anos	71	23,28
9 – 12 anos	92	30,16
> 12 anos	142	46,56
Ocupação atual do responsável pelo domicílio		
Sem ocupação	147	48,20
Trabalho remunerado	158	51,80
Renda total da família em salário mínimo brasileiro		
< 1 salário mínimo	65	21,31
1 – 2 salários mínimos	128	41,97
> 2 salários mínimos	112	36,72
Número de moradores na residência		
≤ 3 moradores	98	32,13
≥ 4 moradores	207	67,87
Recebimento de bolsa família		
Não	206	67,54
Sim	99	32,46
Cesta verde/cesta básica		
Não	271	88,85
Sim	34	11,15
Peso da criança ao nascer		
≤ 2500 gramas	41	13,44
> 2500 gramas	264	86,56

Artigo Original

Seghetto W, Veríssimo MO, Souza CM, Bernardes MS, Oliveira JPL, Melo CM, Toloni MHA
Determinantes da Insegurança Alimentar Em Residências com Crianças de 0 a 36 Meses

Estado nutricional das mães		
Normal	138	45,25
Excesso de peso	167	54,75
Condições do esgoto da residência		
Fechado	294	96,39
Aberto	11	3,61
Tabagismo atual		
Não	269	88,20
Sim	36	11,80
Consumo atual de bebida alcoólica		
Não	213	69,84
Sim	92	30,16
Insegurança alimentar (número de domicílios)		
Não	202	66,23
Sim	103	33,77

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

Aqueles que autodeclararam a cor como não branca ($p < 0,01$) apresentaram maiores chances de risco de IA no domicílio, assim como aqueles que

informaram receber Bolsa Família ($p < 0,01$) e que indicaram a cesta verde/cesta básica como origem da sua alimentação ($p < 0,01$). Por outro lado, aqueles em união estável ($p < 0,01$), com mais de 9 anos de escolaridade ($p = 0,01$),

que possuem trabalho remunerado ($p = 0,04$) e renda superior a 1 salário mínimo ($p < 0,01$) apresentaram menores chances de risco de IA no domicílio.

TABELA 2 - Odds Ratio e intervalo de confiança de 95% na análise bruta das variáveis relacionadas com o risco de insegurança alimentar no domicílio em Lavras, MG, Brasil.

Variáveis	OR	IC 95%	p
Idade da mãe			
≤ 30 anos	1	1	0,16
> 30 anos	1,42	0,87 – 2,33	
Cor da pele autodeclarada			
Branco	1	1	<0,01
Não branco	2,30	1,24 – 4,24	
Estado civil			
Solteiro	1	1	<0,01
União estável	0,39	0,24 – 0,64	

Escolaridade do responsável			
< 9 anos	1	1	0,01
9 – 12 anos	0,48	0,25 – 0,91	
> 12 anos	0,44	0,24 – 0,80	
Ocupação atual do responsável pelo domicílio			
Sem ocupação	1	1	0,04
Trabalho remunerado	0,61	0,38 – 0,98	
Renda total da família em salário mínimo brasileiro			
< 1 salário mínimo	1	1	<0,01
1 – 2 salários mínimos	0,25	0,13 – 0,47	
> 2 salários mínimos	0,07	0,03 – 0,16	
Número de moradores na residência			
≤ 3 moradores	1	1	0,11
≥ 4 moradores	1,52	0,90 – 2,58	
Recebimento de bolsa família			
Não			<0,01
Sim	3,84	2,31 – 6,40	
Cesta verde/cesta básica			
Não	1	1	<0,01
Sim	4,30	2,03 – 9,10	
Peso da criança ao nascer			
≤ 2500gramas	1	1	0,07
> 2500 gramas	0,54	0,28 – 1,05	
Estado nutricional das mães			
Normal	1	1	0,56
Excesso de peso	0,87	0,54 – 1,40	
Condições do esgoto da residência			
Fechado	1	1	0,85
Aberto	1,12	0,32 – 3,93	
Tabagismo atual			
Não	1	1	0,29
Sim	1,47	0,72 – 2,99	
Consumo atual de bebida alcoólica			
Não	1	1	0,58
Sim	0,86	0,51 – 1,46	

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

Após ajustes, permaneceram positiva e independentemente associadas ao risco de IA no domicílio a idade superior

a 30 anos ($p < 0,01$) e o recebimento do auxílio Bolsa Família ($p < 0,01$), enquanto ter uma união estável ($p = 0,02$)

e ter uma renda acima de um salário mínimo brasileiro ($p < 0,01$) diminuíram as chances de risco de IA no domicílio.

TABELA 2 - Odds Ratio e intervalo de confiança de 95% na análise bruta das variáveis relacionadas com o risco de insegurança alimentar no domicílio em Lavras, MG, Brasil.

Variáveis	OR	IC 95%	p
Idade da mãe			
≤ 30 anos	1	1	<0,01
> 30 anos	2,50	1,24 – 4,08	
Estado civil			
Solteiro	1	1	0,02
União estável	0,50	0,28 – 0,88	
Renda total da família em salário mínimo brasileiro			
< 1 salário mínimo	1	1	<0,01
1 – 2 salários mínimos	0,34	0,17 – 0,68	
> 2 salários mínimos	0,11	0,05 – 0,25	
Bolsa Família			
Não	19	19,4	<0,01
Sim	79	80,6	

Fonte: Elaboração dos autores a partir dos dados da pesquisa.

OR: Odds Ratio; IC 9%: Intervalo de Confiança de 95%

DISCUSSÃO

Este trabalho objetivou analisar o risco de IA em domicílios com crianças de até 36 meses e sua associação com características dos responsáveis, do domicílio e da criança. A prevalência de risco de IA no domicílio foi de 33,77%. Esse resultado foi inferior ao observado no mesmo município ao estudar a IA em gestantes⁽¹⁶⁾. Independentemente da prevalência observada, há evidências de que as famílias que estão em risco ou em IA encontram limitações de estrutura e de tempo que interferem nas escolhas alimentares, no planejamento das refeições e na alimentação das crianças⁽¹⁷⁾.

O risco de IA em domicílios com crianças de até 36 meses pode comprometer o desenvolvimento infantil. Um estudo conduzido para verificar o de-

envolvimento infantil em duas favelas observou que as crianças que vivem em ambiente familiar com IA grave apresentam uma probabilidade menor de retroceder de um atraso marginal para um estado normal, quando comparadas àquelas em ambientes familiares com segurança alimentar⁽¹⁸⁾. Ações de políticas públicas se fazem necessárias para evitar que os domicílios em risco de IA possam progredir para IA grave e influenciar o crescimento e desenvolvimento das crianças que fazem parte do núcleo familiar dos domicílios avaliados em nosso estudo.

Encontramos associação do risco de IA no domicílio com a faixa etária superior a 30 anos, com o estado civil, a renda familiar em salários mínimos brasileiros e com o recebimento de Bolsa Família. A associação da idade com o risco de IA está pouco documentada na literatura. Um estudo conduzido em Salvador identificou que aqueles com idade entre

30 e 59 anos apresentaram maior chance de IA⁽¹⁹⁾. Essa categorização é similar à utilizada em nosso estudo, assim como os resultados quanto ao risco de IA no domicílio, que foi maior naqueles com idade superior a 30 anos. Por outro lado, há indicativo de que, em domicílios com moradores com idades inferiores a 18 anos, a proporção de IA é maior, principalmente quando aumenta o número de moradores nessa faixa etária⁽²⁾.

Os domicílios nos quais o entrevistado referiu estar em uma união estável foram menos propensos ao risco de IA. Isto é esperado, visto que a responsabilidade de prover o alimento necessário a todos os membros do agregado familiar tem a participação de mais pessoas, o que pode ser um fator positivo para diminuir o risco de IA. Esse resultado difere do observado em uma cidade do interior do Paraná, no qual o estado civil não esteve associado à IA⁽²⁰⁾. Apesar dessa contradição, é importante desta-

car que a falta de um parceiro resulta no desprovisionamento da colaboração financeira e, por consequência, na existência de apenas um provedor, o que pode limitar os recursos para o domicílio, afetando a alimentação.

Observamos que os domicílios que referiram uma renda igual ou superior a um salário mínimo brasileiro apresentaram menores chances de risco de IA. Essa associação também foi observada ao avaliar a prevalência de IA em gestantes⁽¹⁶⁾ e na cidade de Salvador⁽¹⁹⁾. Há evidências de que, para as famílias brasileiras, a renda é um dos principais fatores para a ocorrência de IA⁽²¹⁾. Um maior poder aquisitivo parece ser um fator importante na diminuição do risco de IA. A fome é um problema social independente da disponibilidade de alimentos, estando relacionada ao acesso limitado em função da falta de recursos para adquiri-los⁽¹⁶⁾.

“Receber um auxílio do governo, como o Bolsa Família, pode contribuir para uma melhor aquisição de alimentos; entretanto, em nosso estudo, as famílias beneficiárias apresentaram uma probabilidade maior de viver em domicílio com risco de IA.”

Uma possível explicação para essa associação é o fato de a coleta de dados ter ocorrido em situação de isolamento social, durante a pandemia da COVID-19. Nesse período, os benefícios do governo foram, para muitas famílias, a única fonte de renda para suprir todas as demandas daquele domicílio, como alimentação, aluguel, luz, saúde, dentre outras, o que pode ter limitado o acesso aos alimentos, colocando esses domicílios em risco de IA.

Os achados da presente pesquisa evidenciam que o risco de IA tem colocado desafios importantes para as famílias que possuem crianças de 0 a 36 meses em seu núcleo, pois permanece a necessidade desafiadora de redução das desigualdades sociais, consoante os fatores associados. As políticas e estratégias recém-formuladas tendem a ser executadas gradativamente, conforme o princípio da justiça social, considerando os distintos grupos e cenários brasileiros e priorizando os mais vulneráveis, a fim de conduzir a um acesso equitativo à alimentação. Por fim, destaca-se que, no cenário atual, ações descentralizadas, como o trabalho intersetorial, são fundamentais para manter a redução da prevalência de IA no país, uma vez que as características e a intensidade dos fatores associados podem variar em função do contexto em que a família está inserida.

Os pontos fortes deste estudo incluem sua representatividade municipal, o uso de medida consistente, validade e objetividade do risco de IA, sendo analisada em diferentes parâmetros, permitindo a discussão deste fenômeno. Importante destacar que a amostra deste estudo possui percepções e experiências diferentes acerca das informações de IA, influenciando nos dados obtidos. É importante ainda considerar, na interpretação dos resultados, que os dados apresentados podem não refletir a total realidade encontrada, uma vez que a amostra

exclui a população sem endereço residencial, a qual apresenta elevada probabilidade de IA.

CONCLUSÃO

Em domicílios com crianças de até 36 meses, no município de Lavras – MG, observou-se que um terço dos lares apresenta IA. A IA esteve positivamente associada à idade superior a 30 anos e ao recebimento de auxílio governamental, enquanto a união estável e a renda familiar superior a um salário mínimo brasileiro se associaram negativamente à ocorrência de IA. Embora esses resultados sejam relevantes e possam subsidiar a elaboração de políticas públicas intersetoriais — voltadas para a redução das desigualdades socioeconômicas, a garantia da segurança alimentar e nutricional (SAN), a promoção da saúde e a prevenção de doenças —, novos estudos são necessários. É importante considerar, especialmente, os domicílios com população infantil que não possuem endereço fixo ou não estão cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família, para uma avaliação mais abrangente.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelas bolsas de mestrado e Pós-doutorado concedidas e a todos os envolvidos no estudo.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

Não há nenhum conflito de interesse a relatar.

REFERÊNCIAS

1. FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023, Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum [Internet]. 2023. Available from: <https://www.fao.org/3/cc3017en/cc3017en.pdf>
2. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSAN. -- São Paulo, SP : Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022.
3. Brasil. Mapa da Fome da ONU: insegurança alimentar severa cai 85% no Brasil em 2023. 26 de julho. 2024 [cited 2024 Sep 29]. Available from: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/07/mapa-da-fome-da-onu-inseguranca-alimentar-severa-cai-85-no-brasil-em-2023>
4. Galindo E, Teixeira MA, Araújo M De, Motta R, Pessoa M, Mendes L, et al. Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. Food for Justice: Power, Politics, and Food Inequalities in a Bioeconomy. Berlin; 2021. 56 p.
5. Portaria interministerial MDS/MS No 25, DE 1o de setembro de 2023. Brasil: Diário Oficial da União, Edição 169, Seção 1, p. 29; 2023.
6. Poblacion A, Segall-Corrêa AM, Cook J, Taddei JA de AC. Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. Cad Saude Publica. 2021;37(6):e00132320.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. 2020. 61 p.
8. Kubo SE dos AC, da Costa THM, Gubert MB. Intakes of energy, macronutrients and micronutrients of a population in severe food insecurity risk in Brazil. Public Health Nutr 2020 ;23(4):649–59.
9. Gallegos D, Eivers A, Sondergeld P, Pattinson C. Food Insecurity and Child Development: A State-of-the-Art Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(17):8990.
10. Chen X, Yeung WJJ. How food insecurity affects children's behavior problems in early childhood: The nutrition and family stress pathways. Bashir MK, editor. PLoS One. 2024;19(1):e0294109.
11. Cherol CC de S, Ferreira AA, Lignani J de B, Salles-Costa R. Regional and social inequalities in food insecurity in Brazil, 2013-2018. Cad Saude Publica. 2022;38(12).
12. Alvarenga AP, Bernardes MS, Verissimo M de O, Maís LA, Bernardes RS, Teixeira LG, et al. Bolsa Família e (in)segurança alimentar em município mineiro: Estudo com crianças até sete anos. Rev Context Saúde 2023, 23(47):e13963.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Lavras [Internet]. 2023 [cited 2023 Apr 17]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/lavras.html>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde: Manual de Identificação dos domicílios e Organização da Rede. Brasília. Ministério da Saúde. 2022.
15. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894). Geneva: World Health Organization; 2000.
16. Costa ROM, Poblacion A, Giudice CL, Moura LCM de, Lima AAR, Lima DB, et al. Factors associated with food insecurity among pregnant women assisted by Universal Health Care in Lavras - Minas Gerais State. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2022;22(1):127–35.
17. Arlinghaus KR, Laska MN. Parent Feeding Practices in the Context of Food Insecurity. Int J Environ Res Public Health. 2021 18(2):366.
18. Oduro MS, Iddi S, Asiedu L, Asiki G, Kadengye DT. Utilizing a multi-stage transition model for analysing child stunting in two urban slum settlements of Nairobi: A longitudinal analysis, 2011-2014. PLoS One. 2024;19(2):e0272684.
19. Coutinho GR, Santos SMC dos, Gama CM, Silva SO da, Santos MEP dos, Silva N de J. Fatores demográficos e socioambientais associados à insegurança alimentar domiciliar nos diferentes territórios da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica 2022;38(11).
20. Chapanski V da R, Costa MD, Fraiz GM, Höfelmann DA, Fraiz FC. Insegurança alimentar e fatores sociodemográficos em crianças de São José dos Pinhais, Paraná, 2017: estudo transversal. Epidemiol e Serviços Saúde. 2021;30(4).
21. Cabral CS, Lopes AG, Lopes JM, Vianna RP de T. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de corte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. Cad Saude Publica 2014;30(2):393–402.