



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

info
família

RELATÓRIO INFOFAMÍLIA 2011-2014 – Quatro anos de monitorização da Segurança Alimentar e outras questões de saúde relacionadas com condições socioeconómicas, em agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde

2011-2012-2013-2014



**RELATÓRIO INFOFAMÍLIA 2011-2014 -
Quatro anos de monitorização da
Segurança Alimentar e outras questões
de saúde relacionadas com condições
socioeconómicas, em agregados
familiares portugueses utentes dos
cuidados de saúde primários do Serviço
Nacional de Saúde**

Direção-Geral da Saúde 2017

Lisboa, Março 2017





REPORT INFOFAMÍLIA 2011-2014 -

Four years of monitoring of food security and other health issues related to socioeconomic conditions in Portuguese households users of primary health care of the National Health System

Directorate-General of Health 2017

Lisbon, March 2017





Autores

Maria João Gregório
Pedro Graça
Ana Cristina Santos
Sérgio Gomes
Ana Cristina Portugal
Paulo Jorge Nogueira

Com a colaboração

Dulce Afonso
Matilde Valente Rosa
Joana Carriço
Sofia Mendes de Sousa

Os autores e a Direção-Geral da Saúde agradecem de forma particular à rede de “Enfermeiros-sentinela”, sem os quais este estudo não teria sido possível:

“Enfermeiros-sentinela”:

Álvaro Manuel Casaca Duro Costa - ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Ana Carla Silva Coelho - ACES Alentejo Central
Ana Maria da Conceição Isidro de Brito - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Edite Maria Nunes Ramos - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Francisco Alberto Silva Mendes - ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
José Francisco Faustino Figueiredo Lista - ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Luísa Manuela Cascalho Serra Velez - ACES do Caia (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Maria Cristina Afonso Candeias Raimundo - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Maria Fernanda Vieira de Oliveira Marreiros - ACES Alentejo Central II
Maria Gertrudes Martins Baptista - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Maria Natália Matos Pires Canhestro - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Rosa Ramalho Silva - ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Diamantina Maria Gonçalves Dias - ACES Algarve I - Central
Filomena Maria Faisca Soares Góis Barroso - ACES Algarve II - Barlavento
João Carlos dos Santos Barreiros - ACES Algarve I - Central
Josete Maria Sousa Bota - ACES Algarve I - Central
Maria Assunção Gonçalves Pereira - ACES Algarve III - Sotavento
Maria Cristina Brito Batista Massapina - ACES Algarve III - Sotavento
Maria do Carmo Baeta Correia Madeira - ACES Algarve I - Central
Anabela Fonseca Duarte - ACES Algarve II - Barlavento
Maria José Tai Nam Yee - ACES Algarve II - Barlavento
Maria Luísa Pavão Mendes de Paula - ACES Algarve II - Barlavento
Maria Manuela Reis Raposo Fernandes - ACES Algarve I - Central
Maria Natália de Oliveira Fadigas Perestrelo - ACES Algarve III - Sotavento
Maria Trindade Palma Venâncio - ACES Algarve I - Central
Mariana Francisca Almas Prates da Ponte - ACES Algarve I - Central
Verónica Maria Carapinha Joaquim Custódio - ACES Algarve III - Sotavento
Adelaide da Conceição Martins Logarinho - ULS Guarda - ACES Guarda
Maria Filomena de Moraes Sarmiento Machado Matos - ACES Pinhal Litoral II
Carlos Manuel Ramos Martins - ACES Cova da Beira
Iveta da Cruz Carvalho Varandas - ACES Baixo Mondego III
José António de Jesus Coimbra - ACES Pinhal Interior Norte I
Lúcia Amélia Fernandes Alves Marques - ARS Centro
Madalena Fátima Silva - ACES Dão Lafões III
Maria de Lurdes Ângelo Ferreira Vaz - ULS Guarda - ACES Guarda
Maria Ermelinda Teixeira Sampaio Matos - ACES Baixo Mondego III
Cecília Alexandra Nunes Farinha Ferreira - ULS Castelo Branco - UGI Pinhal Interior Sul
Fernanda Antunes Vitória - ACES Baixo Mondego II
Maria Manuela Serra Salgueiro - ACES Dão Lafões III
Ana Lucia Campos Oliveira - ACES Baixo Vouga II
Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente - ULS Castelo Branco - UGI - Beira Interior Sul
Margarida do Rosário da Cruz e Silva Lopes - ACES Pinhal Interior Norte II
Paula Cristina Mateos Antunes Cepas de Oliveira - ACES Oeste Sul
Cristina Brás Neves - ACCESS Loures-Odivelas
Elisabete Esteves Vaz Cardoso - ACES Almada-Seixal
Guida Isabel Paulino Sardinheiro Galvão - ACES Lezíria II
Isabel Maria de Carvalho Rêgo de Serra e Moura - ACES Lezíria I
José João Relvas Lobo - ACES Almada-Seixal



Maria da Conceição Rodrigues da Costa Castela – Estuário do Tejo
Maria Céu Gil Cerdeira Gonçalves - ACES Almada Seixal
Ana Paula Lopes de Jesus - ACES Arrábida
Lúcio Lara Almeida da Silva - ACES Setúbal III - Arco Ribeirinho
Maria João Fernandes Silva Murteira - ACES Loures-Odivelas
Paula Cristina Martins Custódio - ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire
Pedro Manuel de Sousa Nunes Branco - ACES Grande Lisboa III- Lisboa Central
Maria do Carmo Marques dos Santos - ACES Lisboa-Norte
Sónia Celeste Cepeda Pereira Bouça - ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire
Adélia Maria Neno Vilares Freitas - ACES Tâmega I - Baixo Tâmega
Albino dos Santos Pires Alonso - ACES Alto Trás-os-Montes I - Nordeste
Ana Maria Figueiredo Silva Dias - ACES Ave III - Famalicão
Ana Paula Lira Gonçalves - ACES Alto Minho (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE)
Áurea Maria Figueiredo Jorge - ACES Grande Porto IV - Maia
Dulce Maria Alves Magalhães Silva e Sousa - ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Lilian Matos Guimarães - ACES Ave III - Famalicão
Margarida Clara Rodrigues Mota Vieira - ACES Grande Porto VI - Porto Ocidental
Maria da Conceição de Oliveira Dias Novais de Freitas - ACES Grande Porto VI - Porto Ocidental
Maria Helena Fernandes Devezas - ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Maria Lurdes Fonseca Loureiro - ACES Douro I - Marão e Douro Norte
Sílvia Maria Dinis Barbosa - ACES Grande Porto II - Gondomar
Maria Margarida Rua Duarte da Silva - ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Maria José Pereira de Sá - ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Marisol dos Santos Castelo Branco - ACES Baixo Mondego I
Cristina Neves - ACES Baixo Mondego I
Rui Manuel Tavares Dionísio - ACES Dão Lafões II
Maria Teresa de Sousa Almeida - ACES Dão Lafões II
Adelaide Elisa Lourenço Pinheiro Grácio Santos - ACES Pinhal Interior Norte II
Maria de Fátima Leal Soares - ACES Pinhal Litoral II
Sofia Carneirinho - ACES Pinhal Litoral II
Maria José Lira Gonçalves - ACES Alto Minho (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE)
Ana Isabel Costa Gomes Coelho - ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Sónia Alexandra Vaz Gomes Rodrigues - ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Maria Manuela Afonso Póvoa Giro - ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Susana Paula Correia Almeida - ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Rogério Martins Ribeiro - ACES Porto Ocidental
Genialda Ventura Camilo - ACES Porto Oriental

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa
Portugal
Tel.: 21 843 05 00
E-mail: geral@dgs.pt
Lisboa, 2017

ISBN

978-972-675-261-5





Índice

Índice	10
RESUMO	13
ABSTRACT	15
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
Introdução.....	17
Metodologia	18
Discussão e conclusões	21
1 INTRODUÇÃO.....	24
2 METODOLOGIA	30
2.1 Descrição da equipa de “enfermeiros sentinela”	30
2.2 Questionário	31
2.2.1 Caracterização Socioeconómica e Demográfica.....	31
2.2.2 Escala de Insegurança Alimentar	32
2.2.3 Questões Adicionais	35
2.3 Análise estatística.....	37
3 RESULTADOS	40
3.1 Caracterização da amostra.....	40
3.2 Prevalências de acordo com a situação de Segurança Alimentar	46
3.3 Fatores associados à Insegurança Alimentar.....	48
3.4 Aspetos adicionais relacionados com a alimentação ou com a crise económica.....	82
3.4.1 Prevalências nacionais e fatores associados.....	82
3.5 Características sociodemográficas da amostra ao longo dos quatro anos analisados.....	85



3.6	Estimativas ponderadas das prevalência de Insegurança Alimentar – evolução temporal (2011-2013).....	89
4	DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	93
5	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
6	Anexos	111
6.1	Anexo 1 – Nome e local de trabalho dos “ <i>enfermeiros-sentinela</i> ”	111





RESUMO

Este trabalho teve como objetivos contribuir para o conhecimento da situação de Segurança Alimentar dos agregados familiares em Portugal Continental utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de outras situações de saúde potencialmente associadas às condições socioeconómicas, durante um período de crise económica e social particularmente intensa entre 2011 e 2014. Pretendeu, também contribuir para melhorar a metodologia, em particular na área da insegurança alimentar onde as ferramentas de observação eram, até ao momento, e com poucas exceções, relativamente incipientes para o estudo da realidade nacional.

O estudo foi realizado nas cinco Regiões de Saúde de Portugal Continental. A população em estudo englobou os utentes atendidos no local de trabalho dos “enfermeiros sentinela” (Centro de Saúde, Domicílio ou outro) do SNS, e teve como único critério de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos. Foi utilizada uma amostragem aleatória com aplicação de questionário a cada quinto utente que se dirigiu à consulta de enfermagem do “enfermeiro sentinela”. Foram realizados um total de 4872 questionários (1178, 1208, 1382 e 1104 questionários nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 respetivamente). Apesar de não se terem verificado alterações significativas na prevalência de Insegurança Alimentar, ao longo destes quatro anos de análise a percentagem de agregados familiares inquiridos em situação de insegurança alimentar variou entre 48,5% e 50,7%, o que significa que nestes agregados familiares existiu, durante o período em causa, pelo menos alguma preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade dos mesmos ou ainda, a efetiva redução quantitativa de alimentos. O valor mais baixo da prevalência de Insegurança Alimentar foi verificado para o ano de 2014. Quando analisados os diferentes níveis da Insegurança Alimentar, verificou-se que a Insegurança Alimentar Ligeira foi o nível de Insegurança Alimentar mais prevalente (29,7% a 33,4%), sendo que nestes casos apenas se verifica alguma preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou alteração ao nível dos padrões alimentares, sem no entanto comprometer a quantidade de alimentos consumidos.

Os resultados deste estudo sugerem um conjunto de fatores socioeconómicos e demográficos que parecem estar associados à Insegurança Alimentar, nomeadamente o nível educacional, situação profissional, número de elementos do agregado familiar e número de elementos que contribui para o agregado familiar,. Foram também encontradas iniquidades regionais na prevalência de Insegurança Alimentar, tendo-se verificado percentagens de Insegurança Alimentar mais elevadas nas regiões de saúde do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo. Verificou-se ainda uma associação entre a Insegurança Alimentar e o IMC dos inquiridos, tendo-se encontrado diferentes perfis em

função do nível da Insegurança Alimentar. Assim, verificou-se um risco aumentado para Algum grau de Insegurança Alimentar e para a Insegurança Alimentar Ligeira nos agregados familiares dos inquiridos com pré-obesidade, enquanto que para os níveis mais extremos da Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Moderada e Grave) encontrou-se uma associação positiva com o baixo peso.

A elevada prevalência de Insegurança Alimentar encontrada neste estudo reforça a importância de considerar esta problemática como um dos principais desafios de saúde pública em Portugal, ficando evidente que a implementação de estratégias que visem assegurar a Segurança Alimentar em Portugal é uma necessidade premente.

De futuro serão necessários novos estudos que avaliem a prevalência de Insegurança Alimentar em amostras representativas da população portuguesa de modo a estimar a real prevalência desta condição em Portugal e, ainda estudos que permitam avaliar a relação entre a Insegurança Alimentar, a ingestão alimentar e o estado de saúde dos indivíduos.

ABSTRACT

The objective of this study was to contribute to the knowledge of the food security situation of households in mainland Portugal, who use the primary health care services of the National Health Service (NHS) and other health situations potentially associated with socioeconomic conditions during an economic and social moment of crisis between 2011 and 2014. It also sought to improve the methodology, particularly in the area of food insecurity where the tools of observation were, so far, with few exceptions, relatively incipient for the study of the national reality .

The study was carried out in the five Health Regions of continental Portugal. The study population encompassed the users attended at the workplace of the "sentinel nurses" (Health Center, Domicile or other) of the NHS, and had as only inclusion criteria the age equal to or greater than 18 years. A random sampling with questionnaire application was used to each fifth patient who went to the nursing consultation of the "sentinel nurse". A total of 4872 questionnaires were carried out (1178, 1208, 1382 and 1104 questionnaires in the years 2011, 2012, 2013 and 2014 respectively). Although there were no significant changes in the prevalence of food insecurity during the four years of analysis, the percentage of households reporting food insecurity varied between 48.5% and 50.7%, which means that in these households during this period, at least there was some "concern or uncertainty regarding access to food" or "changes in the type of the food" or even "quantitative reduction of food". The lowest value of the Food Insecurity prevalence was verified for the year 2014. When analyzed the different levels of Food Insecurity, it was verified that the Light Food Insecurity was the most prevalent level of Food Insecurity (29.7% to 33, 4%). In these cases, there is only "some concern or uncertainty about access to food in the future" or "changes in food type", without compromising the amount of food consumed.

The results of this study suggest a set of socioeconomic and demographic factors that seem to be associated with food insecurity, namely educational level, professional situation, number of household elements and number of family elements contributing to the household. Regional inequities were also found in the prevalence of food insecurity, with higher food insecurity rates in the regions of Algarve and Lisbon and Vale do Tejo. There was also an association between Food Insecurity and the BMI of the respondents, with different profiles depending on the level of Food Insecurity. Thus, there was an increased risk for Some Food Insecurity and for Light Food Insecurity in the households of pre-obese respondents, while for the most extreme levels of Food Insecurity (Moderate and Severe Food Insecurity) we found a positive association with low weight. The high prevalence of Food Insecurity found in this study reinforces the importance of considering this problem as one of the main public health challenges in Portugal, making it clear that the implementation of strategies to ensure Food Security

in Portugal is a pressing need. In the future, new studies will be needed to evaluate the prevalence of food insecurity in representative samples of the Portuguese population in order to estimate the real prevalence of this condition in Portugal and also studies that allow to evaluate the relationship between Food Insecurity, food intake and the health condition of individuals.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

O crescendo das desigualdades sociais e seu impacto no acesso e consumo de alimentos tem vindo a ganhar expressão nas agendas políticas de saúde a nível europeu. De facto, os mais recentes documentos estratégicos que orientam a definição de políticas alimentares e nutricionais no espaço Europeu, tanto ao nível da Organização Mundial de Saúde (OMS) como da Comissão Europeia (CE), consideram a redução das desigualdades sociais na saúde e a garantia da segurança alimentar das populações como objetivos prioritários.

Neste sentido, Portugal procurou desde 2011 dar resposta a estas necessidades pressentidas nos diversos programas e políticas da OMS e da CE na área da alimentação, nutrição e saúde, tendo implementado um sistema de monitorização e avaliação da situação de Segurança Alimentar de uma amostra de agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O conceito de *Segurança Alimentar*, aqui utilizado é descrito como ***“uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”***.

O presente relatório apresenta a análise dos dados recolhidos pelo estudo INFOFAMÍLIA ao longo de quatro anos (2011-2014), um estudo coordenado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) com o objetivo de avaliar e monitorizar a situação de *Insegurança Alimentar* numa amostra de agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do SNS. Este estudo corresponde a um tempo histórico particularmente sensível, em que Portugal esteve sob os efeitos de uma profunda crise económica e social e com assistência económica e financeira externa.

Assim, este relatório teve como objetivos: contribuir para o conhecimento da situação de *Segurança Alimentar* dos agregados familiares em Portugal Continental e de outras situações de saúde potencialmente associadas às condições socioeconómicas; contribuir para melhorar a metodologia, em particular na área da insegurança alimentar onde as ferramentas de observação ainda eram relativamente incipientes para o estudo da realidade nacional; e fazer um primeiro balanço da *Insegurança Alimentar* baseada nos quatro inquéritos realizados desde 2011.

Metodologia

O presente estudo conduzido pela DGS é um estudo descritivo, de carácter analítico, transversal e comparativo. A população em estudo englobou os utentes dos cuidados de saúde primários do SNS atendidos no local de trabalho dos “enfermeiros sentinela” e teve como único critério de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos. Como desenho amostral, foi utilizada uma amostragem aleatória com aplicação de questionário a cada quinto utente que se dirigiu à consulta de enfermagem do “enfermeiro sentinela”. Neste estudo foram realizados um total de 4872 questionários (1178, 1208, 1382 e 1104 questionários nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014, respetivamente).

O questionário aplicado é constituído por três partes distintas: (1) dados de caracterização socioeconómica e demográfica; (2) escala de Insegurança Alimentar; (3) questões adicionais relacionadas com as alterações na alimentação e nas condições de acesso a serviços de saúde por razões económicas.

A metodologia utilizada para avaliar a Insegurança Alimentar corresponde a uma Escala de Insegurança Alimentar adaptada da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, originalmente desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA).

Tendo em conta algumas das limitações metodológicas deste estudo, nomeadamente no que diz respeito ao desenho amostral, considerou-se pertinente fazer uma análise comparativa entre as características socioeconómicas das diferentes amostras recrutadas, que de alguma forma possam ter influenciado as prevalências de *Insegurança Alimentar* obtidas ao longo dos quatro anos. Considerando que as amostras utilizadas no estudo INFOFAMÍLIA não são amostras completamente representativas da população portuguesa, mas sim amostras selecionadas aleatoriamente com aplicação de questionário a cada quinto utente que se dirigiu à consulta de enfermagem do “enfermeiro sentinela” – no Serviço Nacional de Saúde –, é expectável que as diferentes amostras estudadas ao longo dos 4 anos apresentem características socioeconómicas e demográficas distintas que por sua vez possam ter impacto nas diferentes prevalências de *Insegurança Alimentar* apresentadas ao longo do tempo. Oscilações no tamanho amostral por região de Saúde foram também verificadas ao longo dos anos em análise (2011-2014), pelo que se procedeu ao cálculo das estimativas das prevalências de *Insegurança Alimentar* ponderadas tendo por base a distribuição de agregados familiares por região do censo 2011.

Resultados

Os inquiridos foram maioritariamente indivíduos do sexo feminino (71,6%), de idades entre 18 e 98 anos com média aproximada de $49,02 \pm 16,99$ anos, abrangendo todos os níveis de escolaridade. Cerca de 53,4% dos agregados familiares inquiridos tinham

2 elementos a contribuírem para o rendimento familiar, seguido de 1 elemento (35,8%), apresentando 44,3% dos agregados familiares com crianças na sua constituição. Quanto à situação profissional, 48,7% dos inquiridos afirmou estar empregado (ativo), 16,2% em situação de desemprego e 24,7% afirmou estar reformado, sendo a grande maioria (98,4%) de nacionalidade portuguesa.

Avaliação da insegurança alimentar em agregados familiares em Portugal

Nos anos de 2011 a 2014, em **48,7%** dos agregados familiares inquiridos verificou-se algum tipo de ***Insegurança Alimentar (28,2% dos agregados apresentavam um nível de Insegurança Alimentar Ligeira, 9,6% Insegurança Alimentar Moderada e 10,9% Insegurança Alimentar Grave)***, o que significa que nestes agregados familiares existiu, durante o período em causa, pelo menos alguma preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade dos mesmos ou ainda a efetiva redução quantitativa de alimentos. Entre 2011 e 2013 verificou-se uma tendência crescente na prevalência de Insegurança Alimentar, porém no ano de 2014 a prevalência de Insegurança Alimentar registou o seu valor mais baixo deste período de monitorização (45,8%). Esta mesma tendência foi também verificada para o nível mais leve da Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Ligeira). No que diz respeito à Insegurança Alimentar Grave, foi no ano de 2012 que se verificou o valor mais elevado (8,8%).

Nos quatro anos estudados não emergiram evoluções substanciais no padrão de Insegurança alimentar ou com significado estatístico. Assistiu-se a uma ligeira tendência de acréscimo da *Insegurança Alimentar*, sobretudo à custa do nível mais suave (a *Insegurança Alimentar Ligeira*, que reflete a preocupação eventual com acesso aos alimentos). No conjunto das situações de insegurança alimentares mais acentuadas (*Insegurança Alimentar Moderada + Insegurança Alimentar Grave*) não ocorreram alterações. Porém, analisados estes dois níveis separadamente foram observadas oscilações entre eles, indiciando que o ano de 2012 terá sido percecionado como mais difícil. No entanto, não foi completamente conclusivo se esta oscilação se deveu a condições socioeconómicas momentâneas ou a uma eventual limitação deste estudo.

Foi encontrado um maior risco de *Insegurança Alimentar* nos agregados familiares com as seguintes **características socioeconómicas e demográficas**:

- agregados familiares residentes nas Regiões de Saúde do Algarve e Lisboa e Vale do Tejo;
- agregados familiares cujo inquirido possui um menor nível educacional;
- agregados familiares dos inquiridos em situação de desemprego ou domésticos;
- agregados familiares dos inquiridos em situação de reforma (níveis mais extremos da Insegurança Alimentar);

- agregados familiares que possuem um menor número de elementos a contribuir para o rendimento total familiar;
- agregados familiares numerosos (5 ou mais elementos);
- agregados familiares dos inquiridos com pré-obesidade, quando se analisou o nível mais abrangente da Insegurança Alimentar e a Insegurança Alimentar Ligeira e nos agregados familiares dos inquiridos com baixo peso para os níveis mais extremos da Insegurança Alimentar.

Por grupo etário, os dados encontrados foram pouco consistentes, porém na análise ajustada verificou-se uma tendência para um **risco aumentado para os agregados familiares dos inquiridos com idade inferior a 65 anos.**

Outros aspetos da saúde potencialmente associados com a crise económica

Apesar da **maioria dos inquiridos (71,7%) ter referido** que **“não houve alterações no consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses devido a dificuldades económicas para a sua aquisição”**, **1305 dos inquiridos (26,8%) responderam afirmativamente a esta questão.**

De acordo com a perceção do inquirido acerca dos motivos pelos quais se verificaram alterações no padrão alimentar, **a falta de dinheiro foi apontada como a principal razão para “nem sempre comer o suficiente” (23,8%) e para “nem sempre ter os alimentos que quer ou precisa” (26,3%).**

Apesar de **mais de metade** dos agregados familiares inquiridos (78,6%) referir que **não se verificou “alteração no número de idas ao médico por parte das pessoas do agregado familiar por razões de carências económicas”**, 11,2% dos agregados familiares reportaram uma diminuição no acesso a estes profissionais de saúde nos três meses anteriores à entrevista.

A **alteração do número de idas ao médico** nos agregados familiares **foi acompanhada por indicação mais expressiva de diminuição de compra de medicamentos**, com cerca de 20,7% das famílias a referirem esta nova realidade para os três meses imediatamente anteriores à entrevista.

Quando se inquiriu sobre o “aumento de procura de **consultas e de medicação psiquiátrica**”, 6,8% das famílias deram conta desta alteração nos meses anteriores.

No que diz respeito às outras características socioeconómicas e demográficas das amostras em estudo, também se verificaram diferenças significativas quanto ao grau de instrução dos inquiridos, quanto ao número de elementos do agregado familiar, quanto ao número de elementos que contribui para o rendimento do agregado familiar e quanto à nacionalidade. Apesar das diferenças para as prevalências de Insegurança Alimentar ao longo dos quatro anos em análise não se terem verificado significativamente diferentes, é possível que as oscilações verificadas nas características socioeconómicas e demográficas supracitadas possam ter impacto nas prevalências de Insegurança Alimentar obtidas.

Discussão e conclusões

Este estudo estimou, na amostra estudada de utentes do SNS, **uma elevada percentagem de famílias em situação de Insegurança Alimentar (48,7%)** (28,2% para a *Insegurança Alimentar Ligeira*, 9,6% para a *Insegurança Alimentar Moderada* e 10,9% para a *Insegurança Alimentar Grave*). A *Insegurança Alimentar Ligeira* foi o grau mais prevalente, o que indica níveis de preocupação ou incerteza relacionadas com o acesso aos alimentos ou potenciais alterações dos padrões alimentares usuais, com potencial afetação da qualidade da alimentação. Porém os restantes 20,5% dos agregados familiares em *Insegurança Alimentar*, foram classificados em *Insegurança Alimentar Moderada ou Grave*, sendo estes níveis de *Insegurança Alimentar* possíveis indicadores de uma real situação de restrição na quantidade de alimentos ingerida.

Os agregados familiares incluídos neste estudo revelaram evidências de que a procura de cuidados de saúde (idas ao médico, compra de medicamentos, aumento de cuidados psiquiátricos) estaria em mudança e percecionada como diretamente relacionada com as dificuldades económicas.

Identificaram-se várias iniquidades relevantes associadas à situação de *Insegurança Alimentar* sendo notadas assimetrias regionais (famílias no Algarve e em Lisboa e Vale do Tejo em situações comparativamente desfavoráveis) e, sobretudo, disparidades ao nível do rendimento das famílias ligado à dimensão dos agregados, ao número de pessoas que contribuem para o rendimento, às situações profissionais e ao nível da instrução dos indivíduos.

Apesar das diferenças socioeconómicas e demográficas encontradas nas amostras recrutadas ao longo dos quatro anos, verificou-se que as prevalências de *Insegurança Alimentar* mantiveram-se relativamente constantes ao longo do tempo. No que diz respeito às estimativas das prevalências de *Insegurança Alimentar* ponderadas, verificou-se que os dados ponderados são genericamente muito semelhantes aos não ponderados. Assim estamos em crer que o desenho metodológico utilizado e que as diferenças verificadas nas amostras estudadas não se repercutiram nas prevalências de *Insegurança Alimentar* encontradas.

Contudo, a leitura dos dados aqui apresentados deve ser cuidada, uma vez que este estudo aponta algumas evidências por vezes baseadas em pequenos números e em medidas da percepção do inquirido e nas suas próprias características.

No entanto, fica demonstrado que o dispositivo INFOFAMÍLIA, aqui aplicado quatro anos consecutivos, é exequível e gera resultados consistentes. A metodologia apresenta alguns desafios mas a sua pretendida iterada aplicação permite um acompanhamento das questões de saúde relacionadas com as convulsões económicas e financeiras em curso, nomeadamente a tomada de medidas de mitigação destas situações ao nível da formação de recursos humanos, da capacitação dos cidadãos e da promoção de ambientes promotores de uma alimentação adequada.



1 INTRODUÇÃO

O dispositivo INFOFAMÍLIA foi criado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2011, e focou-se desde o seu início, essencialmente, no estudo da insegurança alimentar numa amostra de agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (referido neste relatório como estudo INFOFAMÍLIA) com o objetivo de avaliar e monitorizar a situação de *Insegurança Alimentar* na população portuguesa. Teve início no ano de 2011, num período percecionado como de elevada instabilidade social e económica. Até 2015 este estudo foi replicado com uma periodicidade anual. Neste relatório são apresentados os resultados obtidos durante o período de 2011 a 2014.

Atualmente, o crescendo das desigualdades sociais e seu impacto no acesso e consumo de alimentos tem vindo a ganhar expressão nas agendas políticas de saúde a nível europeu. De facto, os mais recentes documentos estratégicos que orientam a definição de políticas alimentares e nutricionais nas sociedades Europeias, tanto ao nível da Organização Mundial da Saúde (OMS) como da Comissão Europeia (CE), consideram a redução das desigualdades sociais na saúde e a garantia da segurança alimentar das populações como objetivos prioritários ⁽¹⁻⁵⁾. Neste âmbito, o reforço da vigilância, da monitorização e da avaliação de informação relacionada com o consumo alimentar, estado nutricional, estado de saúde e seus determinantes, nomeadamente em populações vulneráveis do ponto de vista socioeconómico, tem sido apontada como uma estratégia prioritária, tendo em conta que a tomada de decisões e a escolha das melhores estratégias de intervenção pressupõe informação atualizada e de qualidade ⁽¹⁾.

Neste sentido, ***Portugal procurou desde 2011 dar resposta a estas necessidades pressentidas nos diversos programas e políticas da OMS e da CE na área da alimentação, nutrição e saúde, tendo implementado um sistema de***

monitorização e avaliação da situação de Segurança Alimentar em Portugal, em particular numa amostra de agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É incontestável que Portugal, tal como outros países europeus, atravessou um momento de elevada instabilidade social e económica, acompanhado, nos últimos anos, por uma crescente desigualdade na distribuição dos rendimentos. Mais do que avaliar de forma ocasional esta situação, entendeu-se que a monitorização regular do estado da *Segurança Alimentar* em Portugal, associada a outra informação complementar neste domínio e neste período permitiria antecipar problemas e criar conhecimento suficiente para que as medidas tomadas e a implementar fossem as mais adequadas às particularidades do nosso país.

O termo *Segurança Alimentar*, tem sido remetido em Portugal e numa primeira instância, para as questões da higiossanidade dos alimentos. Inclusive e na língua portuguesa, o termo *Segurança Alimentar* tem sido utilizado e traduzido tanto para designar o conceito de *food safety* como o conceito *food security*. Assim importa desde já clarificar que ***para este trabalho, o termo Segurança Alimentar refere-se ao conceito de food security***, tal como as diferentes organizações das Nações Unidas o consideram e como é universalmente reconhecido. A discussão política em torno do conceito de *Segurança Alimentar*, enquanto *food security*, teve início após a Primeira Guerra Mundial. Contudo, este conceito ganhou uma maior expressão durante a década de 70, aquando da crise alimentar global, quando as organizações internacionais se centraram na garantia da disponibilidade de alimentos e da estabilidade dos seus preços ⁽⁶⁾. Assumindo-se atualmente como um conceito multifacetado, o conceito de *Segurança Alimentar* foi incorporando ao longo das últimas décadas múltiplas dimensões. Para além da disponibilidade de alimentos, a garantia da *Segurança Alimentar* de uma população implica a garantia de condições de acesso físico e económico aos alimentos, a garantia da adequação nutricional dos alimentos bem como da higiossanidade dos mesmos, a garantia da estabilidade no acesso aos alimentos, e, por último, considera também a importância da sustentabilidade social, cultural e ambiental das estratégias que visem garantir o acesso aos alimentos ⁽⁷⁻⁹⁾. Assim, atualmente, este conceito é internacionalmente

reconhecido como “uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”^(8, 10). Neste sentido, o termo – *Insegurança Alimentar (food insecurity)* – é habitualmente utilizado nos estudos ou situações onde o acesso ao alimento é reduzido, inadequado do ponto de vista nutricional ou até inexistente (fome).

O carácter abrangente do conceito de *Segurança Alimentar* coloca vários desafios quando se pretende avaliar esta condição nos agregados familiares. Frequentemente, a situação de *Insegurança Alimentar* é estimada a partir da taxa de risco de pobreza, uma vez que o nível de *Insegurança Alimentar* pode estar diretamente associado à condição económica do agregado familiar. Por outro lado, a *Food and Agriculture Organization* (FAO), utiliza a disponibilidade energética diária *per capita*, a nível nacional, com recurso aos dados dos inquéritos aos orçamentos familiares, como forma de avaliação indireta da *Segurança Alimentar*. Porém, nenhum destes indicadores permite avaliar de forma direta a situação de *Segurança Alimentar*, pelo que as Escalas Psicométricas de Avaliação da situação de *Insegurança Alimentar*, enquanto instrumentos que avaliam as condições de acesso aos alimentos ao nível dos agregados familiares, têm sido considerados como instrumentos importantes que podem ser utilizados para identificar populações em risco de *Insegurança Alimentar*^(11, 12). Estas escalas foram desenvolvidas na década de 1990 pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA)⁽¹³⁻¹⁵⁾^(11, 16), e têm sido adaptadas, validadas e utilizadas no âmbito de estudos de abrangência nacional por outros países a nível mundial^(13, 17-24). Assim, a aplicação destas escalas tem-se mostrado válida para diferentes contextos geográficos e socioculturais. Para além de serem instrumentos de avaliação direta da situação de *Segurança Alimentar*, têm ainda a vantagem de medir o fenómeno da *Insegurança Alimentar* a partir da perceção que os indivíduos detêm no que diz respeito à *Insegurança Alimentar*, englobando as várias dimensões subseqüentes desta condição (desde a dimensão psicossocial relacionada com a preocupação com a possibilidade de existir falta de alimentos no agregado familiar devido a fatores de ordem económica, a insegurança perante o comprometimento da qualidade da

alimentação, porém sem que haja restrição quantitativa, até à situação em que os agregados familiares passam por períodos de restrição ao nível da quantidade de alimentos que consomem por limitações financeiras). Por último, são também instrumentos de fácil e rápida aplicação ^(11, 12, 25).

Sabemos atualmente, que apesar do fenómeno da *Insegurança Alimentar* estar muitas vezes associado à condição da privação de alimentos, esta associação nem sempre está presente. Se por um lado, a *Insegurança Alimentar* pode corresponder a uma situação que se caracteriza pela disponibilidade limitada ou incerta de alimentos, por outro lado, esta situação pode apenas afetar a qualidade da alimentação ou então modificar as estratégias para manter uma disponibilidade de alimentos considerada adequada pelos indivíduos. Assim, podem ser várias as manifestações de *Insegurança Alimentar* ao nível do consumo alimentar, do estado nutricional e da saúde dos indivíduos: fome, desnutrição, carências nutricionais específicas, doença aguda, obesidade e outras doenças crónicas associadas a uma alimentação desequilibrada. De facto, a *Insegurança Alimentar* assume-se como um problema central na área da saúde pública na medida em que as famílias em situação de *Insegurança Alimentar*, podem, por um lado, apresentar mais frequentemente uma ingestão insuficiente de nutrientes (nomeadamente ferro, cálcio e vitamina C), que por sua vez está associada a situações de doença aguda, tais como anemia, a uma menor capacidade do sistema imunológico ou a défices cognitivos e de aprendizagem em crianças ⁽²⁶⁻²⁸⁾. Por outro lado, vários são os estudos que demonstram que a *Insegurança Alimentar* é um importante fator de risco para as doenças crónicas ⁽²⁹⁾, sendo que os indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* possuem um risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares e obesidade ⁽³⁰⁻³³⁾. Na verdade, nas sociedades ocidentais existe evidência científica que sugere uma associação consistente entre *Insegurança Alimentar*, a obesidade e outras doenças crónicas associadas a hábitos alimentares inadequados. O gradiente socioeconómico que se observa no consumo alimentar parece estar intimamente implicado nesta associação ^(34, 35). De facto, o baixo nível educacional e a baixa literacia em saúde em conjugação com as restrições económicas tipicamente comuns nos agregados familiares em situação de *Insegurança Alimentar*, parecem ter implicações significativas na qualidade da alimentação destes grupos da população. Por um lado, os alimentos com elevada

densidade energética, ricos em açúcar e gordura de adição, são normalmente populares no seio dos grupos populacionais de nível socioeconómico mais baixo, uma vez que promovem uma maior quantidade de energia, a um baixo custo ^(36, 37). Por sua vez, a escolha de alimentos mais densos do ponto de vista nutricional, nomeadamente os hortofrutícolas, parece estar associada a uma alimentação com um custo mais elevado e por isso o seu consumo é menos frequente nestes grupos populacionais ^(37, 38). Mais ainda, a falta de tempo para a preparação e confeção de alimentos saudáveis, de condições económicas e a falta de espaços físicos envolventes que permitam a prática de atividade física em populações vulneráveis, são também fatores de risco que podem estar implicados no desenvolvimento da obesidade e de outras doenças crónicas associadas. Assim, as populações vulneráveis do ponto de vista socioeconómico parecem estar à mercê de ambientes promotores da obesidade ou “obesogénicos”, apresentando padrões alimentares menos consistentes com as recomendações para uma alimentação saudável e também hábitos de inatividade física mais frequentes. Sabe-se também que as implicações da *Insegurança Alimentar* vão além da dimensão física da saúde, podendo afetar as suas outras dimensões – saúde mental e social, sendo o stresse associado a situações de insegurança alimentar um importante mediador neste processo ⁽³⁹⁾.

Mais concretamente no que diz respeito ao estudo INFOFAMÍLIA aqui apresentado, partiu-se do pressuposto de que a tomada de decisões e a escolha das melhores estratégias de intervenção pressupõe informação atualizada. Neste sentido, foi tida em conta que a implementação de um sistema de informação nesta área deveria assegurar a implementação de um sistema de aplicação simples, capaz de permitir de forma rápida e sistemática fazer um diagnóstico da situação, avaliar a sua evolução ao longo do tempo, bem como contribuir para a identificação dos fatores associados. Estamos em crer que uma ferramenta para avaliar a *Insegurança Alimentar* deve ser ágil do ponto de vista da recolha de dados e sua atualização, evitando assim o habitual desfasamento temporal entre a recolha e a divulgação dos resultados ⁽⁴⁰⁾. De facto, este estudo foi desenhado de modo a permitir uma rápida avaliação da *Insegurança Alimentar* numa amostra da população portuguesa, através da realização de um inquérito de saúde junto dos utentes do SNS, assente na estrutura da linha Saúde 24

(vertente do serviço atendido pela equipa de Saúde Pública) com a colaboração dos seus enfermeiros. Assim, o INFOFAMÍLIA corresponde a um estudo que utiliza como população os utentes que recorrem aos centros de saúde, sendo por isso uma amostra não representativa da população portuguesa, mas sim uma amostra da população utente dos cuidados de saúde primários do SNS de Portugal continental.

Este relatório apresenta a análise da compilação dos dados dos quatro anos (2011, 2012, 2013 e 2014), obtidos pelo instrumento INFOFAMÍLIA. Considerando as limitações inerentes à metodologia de amostragem utilizada, o presente relatório pretendeu fazer uma análise comparativa entre as características socioeconómicas das diferentes amostras avaliadas ao longo dos quatro anos (2011-2014), que de alguma forma possam ter tido impacto nas diferentes prevalências de *Insegurança Alimentar* obtidas. Para além disso, ao longo deste período de avaliação do INFOFAMÍLIA, verificaram-se oscilações notórias no número de respondentes recrutados entre anos, sobretudo nas regiões do Alentejo e Algarve. Neste sentido, estando disponível do censo de 2011 ⁽⁴¹⁾, a distribuição de agregados familiares por região (embora se saiba que nem todas as famílias serão utentes dos centros de saúde), resolveu-se averiguar qual o impacto da ponderação nas estimativas de *Insegurança Alimentar*, a fim de verificar se estas oscilações no tamanho amostral por região de Saúde terão tido impacto nas prevalências dos diferentes níveis de *Insegurança Alimentar* encontradas no presente estudo. De referir que a análise ponderada das estimativas de *Insegurança Alimentar* incluída neste relatório foi apenas realizada para o período de 2011 a 2013.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo, de carácter analítico, transversal e comparativo.

O estudo foi conduzido pela Direção-Geral da Saúde e realizado nas cinco Regiões de Saúde de Portugal Continental (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), com a colaboração dos “enfermeiros sentinela”.

A população em estudo englobou os utentes atendidos no local de trabalho dos “enfermeiros sentinela” (Centro de Saúde, Domicílio ou outro), e teve como único critério de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos.

Como desenho amostral, foi utilizada uma amostragem aleatória com aplicação de questionário a cada quinto utente que se dirigiu à consulta de enfermagem do “enfermeiro sentinela”. Neste estudo foram realizados um total de 4872 questionários (1178, 1208, 1382 e 1104 questionários nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 respetivamente). Os questionários foram aplicados diariamente a, pelo menos, 3 utentes, durante os períodos de 6/4 a 20/5 no ano de 2011, de 18/6 a 30/7 no ano de 2012, de 4/03 a 27/06 no ano de 2013 e de 4/3 a 27/06 no ano de 2014.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado um questionário de aplicação indireta, com registo no sítio da Direção-Geral da Saúde – www.dgs.pt, que é de seguida descrito detalhadamente.

Os inquiridos foram previamente informados do objetivo do estudo, da confidencialidade dos dados e consentiram participar no estudo.

2.1 Descrição da equipa de “enfermeiros sentinela”

A equipa de “enfermeiros sentinela” é constituída por 85 enfermeiros (Anexo 1), maioritariamente especialistas, trabalhando em unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Portugal Continental, conforme mapa (Figura 1):

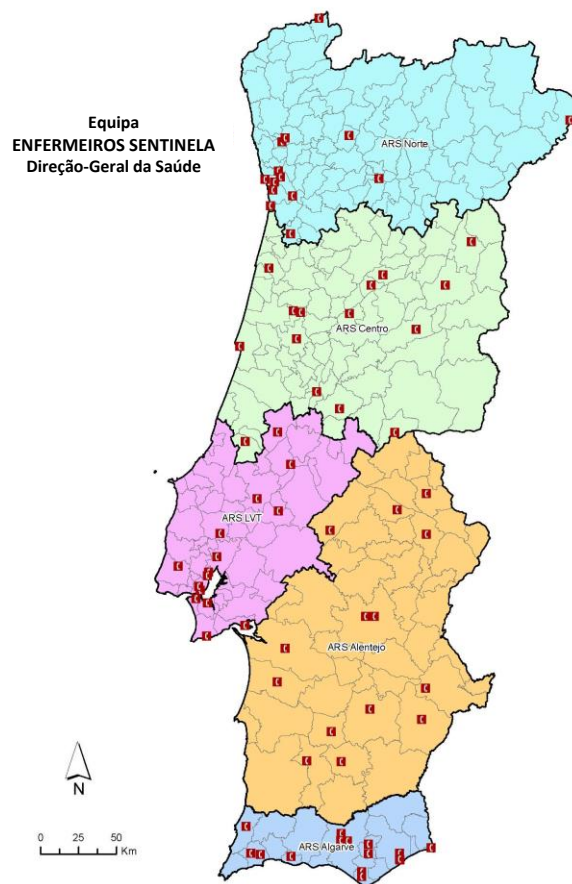


Figura 1. Distribuição geográfica da equipa de “Enfermeiros Sentinela”.

2.2 Questionário

O questionário aplicado é constituído por três partes distintas: (1) dados de caracterização socioeconómica e demográfica; (2) escala de Insegurança Alimentar; (3) questões adicionais.

Ao longo do período em análise foram sendo incluídas novas perguntas ao questionário. No entanto, para o presente relatório foram consideradas todas as questões comuns aos quatro anos em análise.

2.2.1 Caracterização Socioeconómica e Demográfica

A parte 1 do questionário incluiu questões relacionadas com as características socioeconómicas e demográficas do inquirido e do agregado familiar. Esta parte inicial do questionário englobou também dados indicadores do estado nutricional do inquirido e questões relacionadas com o comportamento de consumo alimentar do

agregado familiar. As questões relacionadas com a caracterização do inquirido foram as seguintes:

- Dados referentes à idade, sexo, nível de instrução concluído, situação profissional, profissão, nacionalidade, distrito e concelho de residência.
- Indicadores do estado nutricional (peso e altura auto-reportados). Através das medidas de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a fórmula $\text{peso (kg)}/\text{altura(m)}^2$.
- Dados relativos ao comportamento de consumo alimentar – responsabilidade pela compra e confeção dos alimentos para o agregado familiar.

No que diz respeito à caracterização do agregado familiar foram considerados os seguintes itens:

- Número de elementos do agregado familiar, número de pessoas que contribui para o rendimento familiar, existência de crianças no agregado familiar com idade até 18 anos e número de elementos do agregado familiar com idade até 18 anos.
- Dados relacionados com o consumo alimentar – refeições realizadas em ambiente escolar pelas crianças do agregado familiar.

2.2.2 Escala de Insegurança Alimentar

A metodologia utilizada para avaliação da condição de *Segurança Alimentar* das famílias portuguesas corresponde a uma Escala de Insegurança Alimentar adaptada da “Escala Brasileira de Insegurança Alimentar” ^(19, 42) originalmente desenvolvida pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) ⁽¹³⁾. A Escala de Insegurança Alimentar utilizada neste estudo é composta por 14 questões fechadas de resposta do tipo sim ou não referentes aos últimos 3 meses (Quadro 1). Nesta escala, 8 itens são relativos aos membros adultos do agregado familiar e 6 às crianças. Optou-se por utilizar uma adaptação da Escala Brasileira pelo facto de já estar validada para a língua portuguesa. Foram feitas apenas algumas alterações mínimas no texto original em português do Brasil para que o questionário original fosse adequado e aplicável em Portugal. Estamos em crer que estas alterações não afetam a validação feita

inicialmente. Em todo o caso, foi produzido um estudo piloto de validação do questionário com a versão portuguesa que contribui para solidificar esta opção¹.

Para a análise dos resultados da aplicação da escala, os agregados familiares foram classificados de acordo com a sua condição de Segurança Alimentar em quatro categorias – Segurança Alimentar, Insegurança Alimentar Ligeira, Insegurança Alimentar Moderada e Insegurança Alimentar Grave, descritas no Quadro 3. A pontuação final resulta do somatório das respostas afirmativas às perguntas da escala.

Quadro 1. Escala de Insegurança Alimentar.

1	Nos últimos 3 meses, alguma vez sentiu-se preocupado (a) pelo facto dos alimentos em sua casa poderem acabar antes que tivesse dinheiro suficiente para comprar mais?
2	Nos últimos 3 meses, os alimentos em sua casa acabaram antes de ter dinheiro para comprar mais?
3	Nos últimos 3 meses, os membros do seu agregado familiar ficaram sem dinheiro suficiente para conseguirem ter uma alimentação saudável e variada?
4	Nos últimos 3 meses, os membros do seu agregado familiar tiveram de consumir apenas alguns alimentos que ainda tinham em casa por terem ficado sem dinheiro?
5	Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar (idade superior a 18 anos) deixou de fazer alguma refeição, porque não tinha dinheiro suficiente para comprar alimentos?
6	Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar comeu menos do que achou que devia por não ter dinheiro suficiente para comprar alimentos?
7	Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar sentiu fome mas não comeu por falta de dinheiro para comprar alimentos?
8	Nos últimos 3 meses, algum membro adulto do agregado familiar, ficou um dia inteiro sem comer ou realizou apenas uma refeição ao longo do dia, por não ter dinheiro suficiente para comprar alimentos?
9	Nos últimos 3 meses as crianças/adolescentes do seu agregado familiar (idade inferior a 18 anos) não conseguiram ter uma alimentação saudável e variada por falta de dinheiro?
10	Nos últimos 3 meses as crianças/adolescentes do seu agregado familiar tiveram de consumir apenas alguns alimentos que ainda tinham em casa por terem ficado sem dinheiro?

¹ Gregório MJ, Nogueira PJ, Graça P. The first validation of the Household Food Insecurity Scale in a sample of Portuguese population. In: Gregório MJ. Desigualdades sociais no acesso a uma alimentação saudável: um estudo na população Portuguesa. (Tese de doutoramento) Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. 2015

11	Nos últimos 3 meses, alguma criança/adolescente do seu agregado familiar comeu menos do que devia por não haver dinheiro para comprar alimentos?
12	Nos últimos 3 meses foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de alguma criança/adolescente do seu agregado familiar por não haver dinheiro suficiente para comprar alimentos?
13	Nos últimos 3 meses, alguma criança/adolescente do seu agregado familiar deixou de fazer alguma refeição por não haver dinheiro suficiente para comprar alimentos?
14	Nos últimos 3 meses, alguma criança/adolescente do seu agregado familiar sentiu fome mas não comeu por falta de dinheiro para comprar alimentos?

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010.

Quadro 2. Classificação dos agregados familiares em categorias nas Segurança Alimentar.

Classificação	Pontos de corte para os agregados familiares	
	Com menores de 18 anos	Sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança Alimentar Ligeira	1 – 5	1 – 3
Insegurança Alimentar Moderada	6 – 9	4 – 5
Insegurança Alimentar Grave	10 - 14	6 – 8

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010.

Quadro 3. Descrição da situação de Segurança Alimentar.

Situação de Segurança alimentar	Descrição
Segurança Alimentar	Os membros do agregado familiar têm acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Ligeira	Preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos no futuro ou quanto à qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança Alimentar Moderada	Redução quantitativa de alimentos entre os adultos ou rutura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.
Insegurança Alimentar Grave	Redução quantitativa de alimentos entre as crianças ou rutura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre as crianças; fome (quando alguém fica um dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010.

2.2.3 Questões Adicionais

Para além da Escala de Insegurança Alimentar, incluíram-se nesta parte do inquérito mais três questões adicionais referentes à perceção do inquirido acerca de alterações no padrão alimentar. Na parte 3 do questionário foram também incluídas três questões que permitem avaliar a perceção do inquirido face às alterações nas condições de acesso a serviços de saúde por razões económicas (Quadro 4).

Quadro 4. Questões adicionais.

1	Nos últimos 3 meses, houve no seu agregado familiar alterações no consumo de algum alimento considerado essencial (ex.: leite, fruta, legumes, peixe, carne, arroz, batata, massa) devido a dificuldades económicas para a sua aquisição?
2	Nos últimos 3 meses, quais foram as principais mudanças no seu agregado familiar devido a falta de dinheiro? <input type="checkbox"/> Come menos vezes fora da casa <input type="checkbox"/> Obtém alimentos através de produção própria, de familiares ou outros <input type="checkbox"/> Recebe alimentos ou outras ajudas externas <input type="checkbox"/> Outras mudanças no consumo Especifique _____
3	Vou descrever algumas razões pelas quais as pessoas nem sempre comem o suficiente. Indique se alguma delas se aplica a si. <input type="checkbox"/> Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos. <input type="checkbox"/> É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos. <input type="checkbox"/> Está em dieta para perda de peso. <input type="checkbox"/> Não tem condições para cozinhar adequadamente (por ex. falta de gás, de eletricidade ou de alguma eletrodoméstico) <input type="checkbox"/> Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde. <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
4	Vou descrever algumas razões pelas quais as pessoas nem sempre têm os tipos de alimentos que querem ou precisam. Indique se alguma delas se aplica a si. <input type="checkbox"/> Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos. <input type="checkbox"/> É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos. <input type="checkbox"/> Está em dieta para perda de peso. <input type="checkbox"/> Os alimentos que quer não estão disponíveis. <input type="checkbox"/> Os alimentos de boa qualidade não estão disponíveis. <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
5	Nos últimos 3 meses, considera que houve alteração no número de idas ao médico das pessoas do seu agregado familiar, por razões de carências económicas?
6	Nos últimos 3 meses, houve uma diminuição na compra de medicamentos no seu agregado familiar, por razões de carências económicas?
7	Nos últimos 3 meses, houve um aumento das idas ao psiquiatra e do consumo de medicamentos por ele prescritos, no seu agregado familiar?

A primeira questão foi adaptada do estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde (INSA) em 2003, "Uma Observação sobre Insegurança Alimentar" ⁽⁴³⁾. Considerou-se pertinente a inclusão desta pergunta uma vez que irá permitir fazer

comparações com este estudo e verificar as situações que houve mudança alimentar mas não necessariamente redução no consumo. É importante saber se existe alguma alteração no padrão alimentar habitual, e se não se verificou apenas uma diminuição da disponibilidade de alimentos por questões económicas. As outras duas perguntas seguintes foram adaptadas da “Escala de Insegurança Alimentar” do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) ⁽¹³⁾. Para além das condições económicas, importa saber os principais motivos pelos quais as famílias portuguesas não possuem alimentos suficientes ou que desejam. As três questões seguintes permitem completar a informação recolhida, na medida em que avaliam o acesso e a utilização de recursos de saúde.

2.3 Análise estatística

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa IBM SPSS (versão 20.0). Inicialmente, algumas variáveis foram reagrupadas para otimização da descrição e da análise estatística. Para a idade foram considerados os seguintes grupos etários: até 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 64 anos e 65 anos ou mais. Para o número de elementos do agregado familiar consideraram-se os seguintes subgrupos: 1, 2, 3, 4 e 5 ou mais e para o número de elementos que contribui para o rendimento do agregado familiar foram considerados os seguintes: 0, 1, 2, 3 ou mais. A variável IMC foi categorizada para a classificação do estado nutricional de acordo com os critérios de diagnóstico da OMS (Baixo peso – $IMC < 18,50 \text{ Kg/m}^2$, Peso Normal – $18,50 < IMC < 24,99 \text{ Kg/m}^2$; Pré-obesidade $IMC \geq 25,00 \text{ Kg/m}^2$ e Obesidade $IMC \geq 30,00 \text{ Kg/m}^2$). Foram realizadas estatísticas descritivas como média, valores mínimos e máximos e desvio padrão para as variáveis quantitativas. Para a análise descritiva das variáveis qualitativas utilizaram-se as frequências para cada variável socioeconómica ou demográfica.

As estimativas das prevalências consistiram nas frequências relativas observadas e os respetivos intervalos de confiança foram determinados usando a fórmula obtida da distribuição binomial exata (Lui, 2004, p-3),

$$\left[\frac{x}{x + (n - x + 1)F_{2(n-x+1),2x,\frac{\alpha}{2}}}; \frac{(x + 1)F_{2(x+1),2(n-x),\frac{\alpha}{2}}}{(n - x) + (x + 1)F_{2(x+1),2(n-x),\frac{\alpha}{2}}} \right]$$

Onde x é o número de ocorrências de interesse nas n respostas possíveis e $F_{2(x+1),2(n-x),\frac{\alpha}{2}}$ é o $100 \frac{\alpha}{2}$ percentil da distribuição F com f_1 e f_2 graus de liberdade².

Para a análise inferencial, foi realizado o estudo das associações bivariadas entre as situações de saúde estudadas e os fatores socioeconómicos e demográficos recorrendo-se ao teste do qui-quadrado, teste exato de Fisher e análise de regressão univariada. Com o objetivo de identificar possíveis fatores (variáveis) que alteram o risco da situação de *Insegurança Alimentar*, foi medida a associação, não ajustada e ajustada, entre os fatores de risco e a situação de *Insegurança Alimentar* pelos *odds ratios* (OR) com intervalos de 95% de confiança (IC95%), estimados pela técnica de regressão logística univariada e multifatorial, respetivamente.

A análise comparativa entre as características socioeconómicas das diferentes amostras avaliadas ao longo dos 4 anos em estudo foi efetuada com recurso ao teste do qui-quadrado.

Procedeu-se ao cálculo das prevalências de Insegurança Alimentar ponderadas através do cálculo da representatividade de cada família inquirida para o total da região e usou-se esse valor como ponderação para que no total da amostra o número de famílias fosse proporcionalmente igual ao de Portugal continental. Para o cálculo dos intervalos de confiança das estimativas ponderadas, foram usadas duas abordagens: a) estimou-se primeiro o número de respostas proporcionais que teriam sido obtidas caso a amostra tivesse sido inicialmente auto-ponderada com o mesmo número total de indivíduos, e depois obteve-se o respetivo intervalo de confiança supondo uma distribuição binomial (usando o método exato de Bliss³) e b) as estimativas foram obtidas através da utilização da análise de amostras complexas

² Lui K-J. Statistical Estimation of Epidemiological Risk. John Wiley & Sons; 2004.

³ Zar JH. Biostatistical Analysis. New Jersey: Prentice Hall International; 1996.

recorrendo ao módulo *Complex Samples do IBM SPSS Statistics version 21*⁴. Esta análise foi apenas efetuada com os dados obtidos no período de 2011 a 2013.

Considerou-se existirem diferenças estatisticamente significativas quando $p < 0,05$.

⁴ IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21. Armonk, NY: IBM Corp.

3 RESULTADOS

3.1 Caracterização da amostra

Neste estudo, de abrangência nacional (Portugal Continental), foram realizados 4872 questionários (1178, 1208, 1382 e 1104 questionários nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2014 respetivamente). O Quadro 5 mostra os dados de caracterização socioeconómica, demográfica e dados referentes à classificação do IMC a partir do peso e altura relatados pelos indivíduos participantes no estudo. A amostra estudada foi constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino, 71,6% (3488), comparativamente a 28,4% (1384) do sexo masculino. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 98 anos (média=49,02 e desvio padrão=16,99). No que diz respeito ao grau de instrução, o 1º Ciclo do Ensino Básico foi o grau de instrução mais prevalente (24,6%), no entanto 24,4% dos inquiridos tinham completado o Ensino Secundário. Sobre a situação profissional, uma grande maioria dos inquiridos afirmou estar empregado (ativo) (48,7%), salientando-se que 16,2% afirmou estar em situação de desemprego. A maioria dos inquiridos apresentava nacionalidade portuguesa (98,4%). A variável IMC, calculada a partir das características antropométricas da amostra (altura e peso relatados) encontra-se representada no Quadro 5. Foi encontrada, nos inquiridos, uma prevalência de pré-obesidade ou obesidade de 59,7% (36,0% de pré-obesidade e 23,7% de obesidade).

Quadro 5. Dados de caracterização socioeconómica e demográfica dos inquiridos (N=4872).

Caracterização socioeconómica e demográfica			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Sexo			
Feminino	71,6	70,3-72,9	3488
Masculino	28,4	27,1-29,7	1384
Idade			
Menor que 29 anos	12,0	11,1-13,0	585
30-39 anos	22,1	20,9-23,3	1077
40-49 anos	21,3	20,2-22,5	1039
50-59 anos	23,2	22,0-24,4	1129
65 anos ou mais	21,4	20,2-22,6	1042

<u>Grau de instrução</u>			
Desconhecido	0,2	0,1-0,4	12
Ensino Básico – 1º Ciclo	24,6	23,4-25,9	1200
Ensino Básico – 2º Ciclo	11,6	10,7-12,5	564
Ensino Básico – 3º Ciclo	12,5	11,6-13,4	608
Ensino Secundário	24,4	23,2-25,7	1190
Ensino Superior	18,3	17,2-19,4	891
Não sabe ler nem escrever	4,7	4,2-5,4	231
Sabe ler sem ter frequentado a escola	3,6	3,1-4,2	176
<u>Situação Profissional</u>			
Ativo	48,7	47,0-49,9	2360
Desconhecido	0,5	0,3-0,7	24
Desempregado	16,2	15,1-17,2	785
Doméstico(a)	7,9	7,1-8,6	381
Estudante	2,6	2,2-3,1	126
Reformado	24,7	23,3-25,8	1196
<u>Nacionalidade</u>			
Portuguesa	98,4	98,0-98,7	4793
Estrangeira	1,6	1,3-2,0	78
<u>Indicador do Estado Nutricional (critério da OMS)</u>			
Baixo peso	1,3	1,0-1,7	63
Peso Normal	39,0	37,6-40,4	1876
Pré-obesidade	36,0	34,6-37,4	1730
Obesidade	23,7	22,5-24,9	1138
Sem informação	1,3	1,0-1,7	65
Total			4872

O Quadro 6 descreve a população estudada no que se refere às características socioeconómicas e demográficas dos agregados familiares envolvidos no estudo. O Norte foi a Região de Saúde que teve maior percentagem de inquiridos (36,2%), seguindo-se as regiões do Centro (22,3%), de Lisboa e Vale do Tejo (19,9%), do Algarve (11,2%) e do Alentejo (9,5%). Relativamente à dimensão dos agregados familiares inquiridos, verificou-se uma maior percentagem de agregados familiares com 2 indivíduos (27,6%), seguida de 3 e 4 com 26,7% e 23,8% respetivamente. Cerca de 53,4% dos agregados familiares inquiridos tinham 2 elementos a contribuírem para o

rendimento familiar, seguido de 1 elemento (35,8%). E, 44,3% dos agregados inquiridos apresentavam crianças na sua constituição.

Caracterização socioeconómica e demográfica

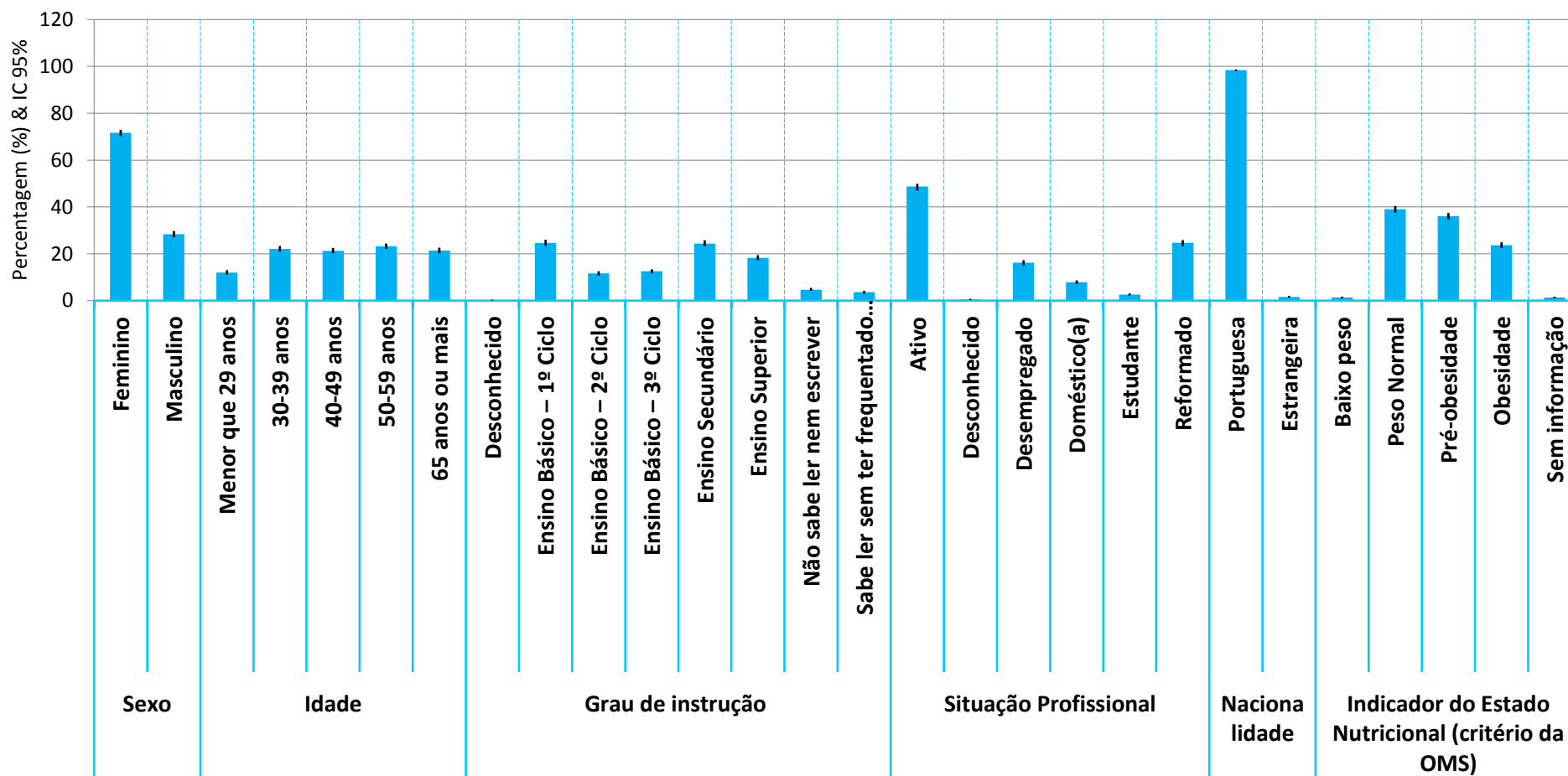


Figura 2. Dados de caracterização socioeconómica e demográfica dos inquiridos (N=4872).

Quadro 6. Dados de caracterização socioeconómica e demográfica dos agregados familiares (N=4872).

Caracterização socioeconómica e demográfica			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
<u>Região de Saúde</u>			
Alentejo	9,5	8,7-10,4	465
Algarve	11,2	10,3-12,15	544
Centro	23,3	22,1-24,5	1133
Lisboa e Vale do Tejo	19,9	18,8-21,0	968
Norte	36,2	34,8-37,5	1762
<u>Nº de elementos do agregado familiar</u>			
1	10,1	9,3-11,0	492
2	27,6	26,4-28,9	1346
3	26,7	25,4-27,9	1300
4	23,8	22,6-25,1	1161
5 ou mais	11,8	10,9-12,7	573
<u>Nº elementos que contribui para o rendimento</u>			
0	1,9	1,6-2,4	95
1	35,8	34,4-37,2	1744
2	53,4	52,0-54,8	2601
3 ou mais	8,9	8,1-9,7	432
<u>Agregados familiares com crianças</u>			
Sim	44,3	42,9-45,7	2157
Não	55,7	54,3-57,1	2715
Total			4872

Caracterização socioeconómica e demográfica dos agregados familiares

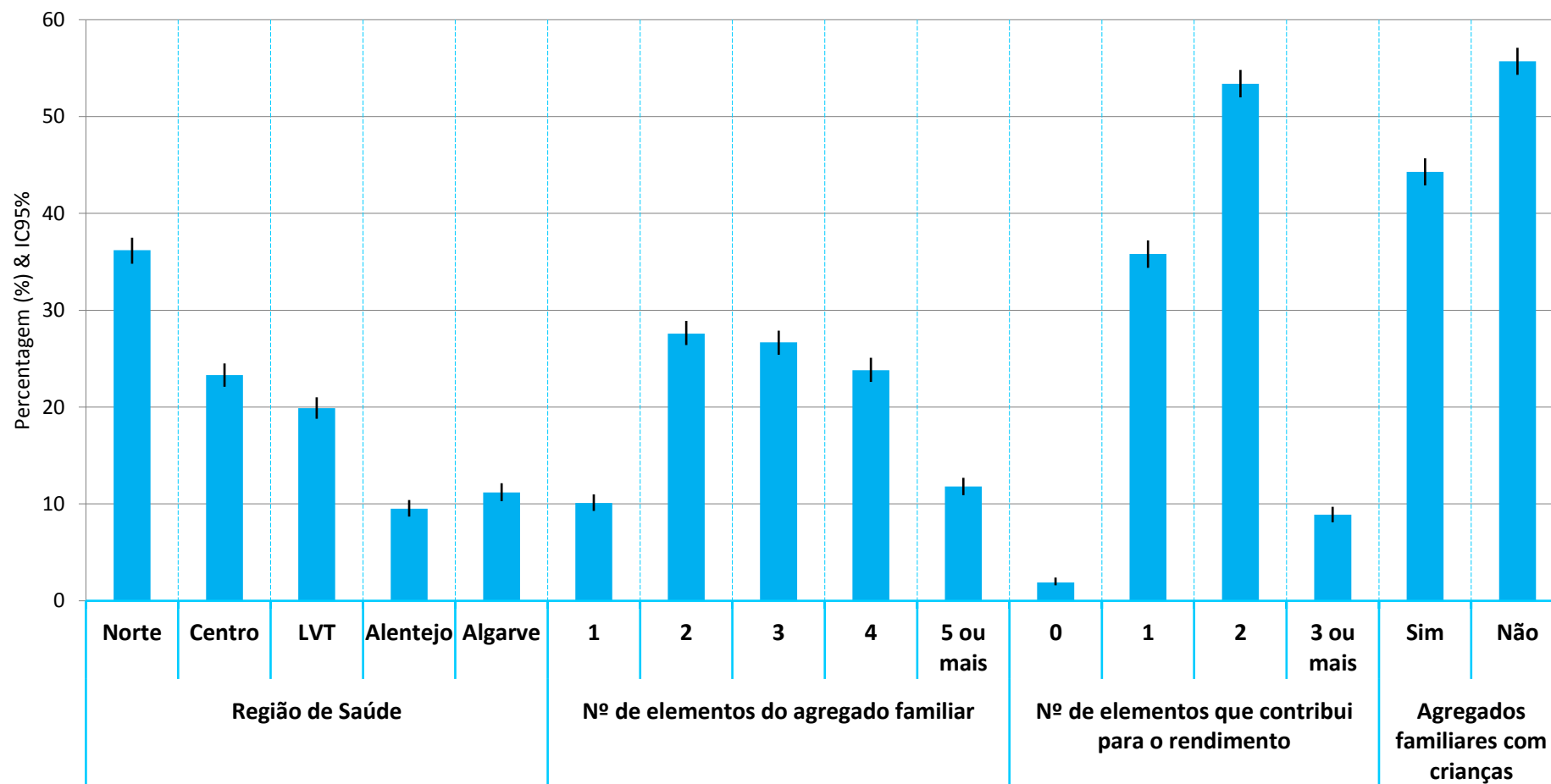


Figura 3. Dados de caracterização socioeconómica e demográfica dos agregados familiares (N=4872).

Uma grande maioria dos inquiridos do presente estudo assumiu-se como o elemento do agregado familiar responsável pela compra (86,3%) e confeção (81,4%) dos alimentos (Quadro 7).

Quadro 7. Percentagem de inquiridos de acordo com a responsabilidade pela compra e confeção de alimentos (N=4872).

Percentagem de inquiridos de acordo com a responsabilidade pela compra e confeção de alimentos			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Compra de alimentos	86,3	85,3%-87,3%	4206
Confeção de alimentos	81,4	80,2%-82,4%	3964
Total			4872

3.2 Prevalências de acordo com a situação de Segurança Alimentar

A classificação dos inquiridos de acordo com a situação de *Segurança Alimentar* encontra-se representada no Quadro 9, tendo-se verificado uma prevalência de 48,7% (2372) de *Insegurança Alimentar* para os agregados familiares incluídos no estudo durante o período de 2011 a 2014. A maioria das famílias em situação de *Insegurança Alimentar*, 28,2% (1374) apresentou um nível de *Insegurança Alimentar Ligeira*, seguido da *Insegurança Alimentar Moderada* (9,6%) e por fim da *Insegurança Alimentar Grave* (10,9%) (Quadro 9).

Quadro 9. Classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar (N = 4872).

Classe de Insegurança Alimentar			
	Prevalência (%)	IC95%	n
Sem Insegurança Alimentar	51,3	49,9-52,7	2500
Com Insegurança Alimentar	48,7	47,3-50,1	2372
Insegurança Alimentar Ligeira	28,2	26,9-29,5	1374
Insegurança Alimentar Moderada	9,6	8,8-10,5	469
Insegurança Alimentar Grave	10,9	10,0-11,8	529
Total			4872

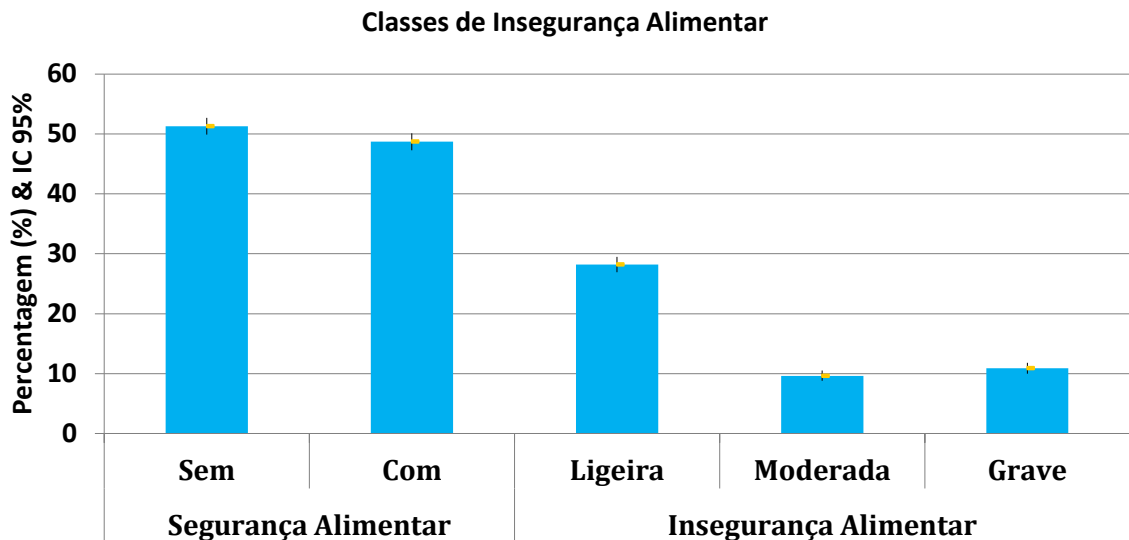


Figura 4. Classificação dos inquiridos de acordo com a situação de Segurança Alimentar (N=4872).

Entre 2011 e 2013 verificou-se uma tendência crescente na prevalência de Insegurança Alimentar, porém no ano de 2014 a prevalência de Insegurança Alimentar registou o seu valor mais baixo deste período de monitorização (45,8%). Esta mesma tendência foi também verificada para o nível mais leve da Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Ligeira). No que diz respeito à Insegurança Alimentar Grave, foi no ano de 2012 que se verificou o valor mais elevado (8,8%) (Figura 5).

Insegurança Alimentar em Portugal 2011-2012-2013-2014

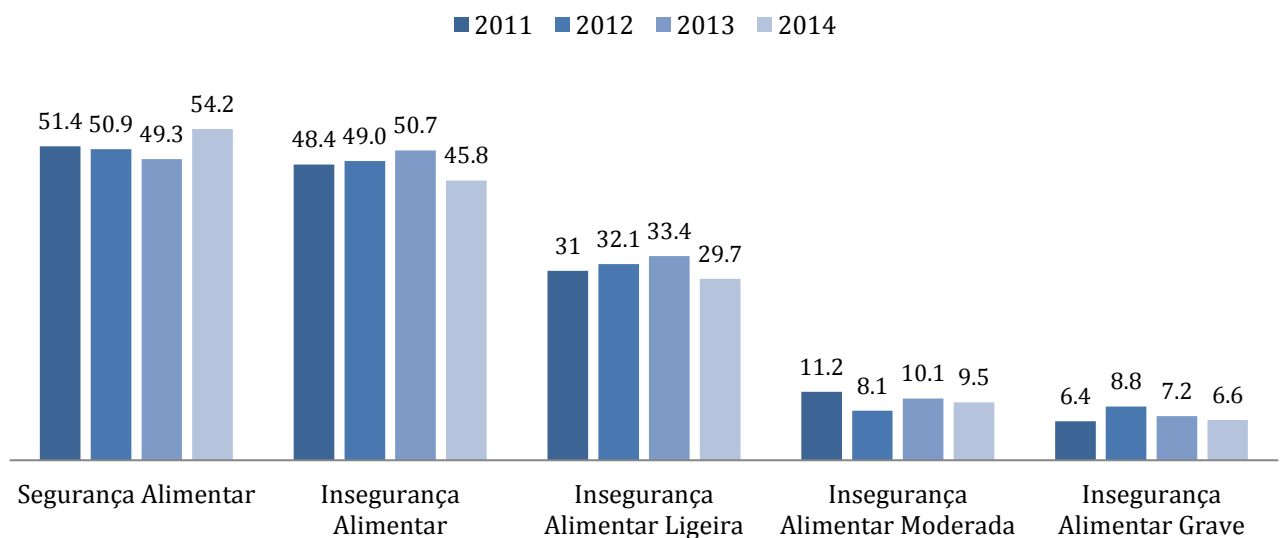


Figura 5. Percentagem de Insegurança Alimentar 2011-2014.

3.3 Fatores associados à Insegurança Alimentar

Considerando que 48,7% (2372) dos agregados familiares englobados no estudo apresentaram pelo menos *Algum nível de Insegurança Alimentar*, considerou-se pertinente analisar quais as variáveis socioeconómicas e demográficas que podem ser consideradas como fatores de risco para a situação de *Insegurança Alimentar* dos agregados familiares portugueses. Para identificar se a situação de *Insegurança Alimentar* está associada com alguma variável de caracterização socioeconómica/demográfica dos agregados familiares, foi realizada regressão logística bivariada e multifatorial, apresentando-se os valores das estimativas de OR e respetivos intervalos de confiança (IC95%).

Quadro 10a. Estimativas não ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar (Regressão logística bivariada) (n=4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA)			
	IA (algum grau) (OR e IC95%)	IA Ligeira (OR e IC 95%)	IA Moderada (OR e IC95%)
Região de Saúde			
Alentejo	0,753 (0,611-0,928)*	0,735 (0,573-0,944)*	1,054 (0,585-1,496)
Algarve	1,757 (1,446-2,136)**	0,964 (0,773-1,203)	1,392 (1,026-1,888)*
Centro	1,035 (0,891-1,202)	1,372 (1,165-1,617)**	0,766 (0,579-1,013)
Lisboa e Vale do Tejo	1,556 (1,329-1,822)**	1,408 (1,186-1,671)**	1,427 (1,110-1,834)*
Norte	Ref.	Ref.	Ref.
Sexo			
Feminino	Ref.	Ref.	Ref.
Masculino	0,744 (0,657-0,844)**	0,823 (0,715-0,948)*	0,743 (0,594-0,929)*
Grau de instrução			
Ensino Básico 1º Ciclo	Ref.	Ref.	Ref.
Ensino Básico 2º Ciclo	1,276 (1,042-1,562)*	0,970 (0,778-1,201)	1,758 (1,299-2,380)**
Ensino Básico 3º Ciclo	1,195 (0,982-1,454)	1,367 (1,111-1,682)*	1,065 (0,764-1,485)
Ensino Secundário	0,729 (0,621-0,856)**	0,975 (0,817-1,164)	0,889 (0,669-1,182)
Ensino Superior	0,395 (0,330-0,475)**	0,641 (0,523-0,786)**	0,577 (0,407-0,817)*
Não sabe ler nem escrever	1,920(1,424-2,588)**	1,100 (0,811-1,492)	2,266 (1,542-3,331)**
Sabe ler e escrever sem ter frequentado a escola	1,190 (0,865-1,638)	0,738 (0,509-1,069)	1,565 (0,975-2,511)
Desconhecido	1,267 (0,400-4,013)	1,214 (0,363-4,059)	0,901 (0,115-7,043)
Nacionalidade			
Portuguesa	Ref.	Ref.	Ref.
Estrangeira	1,611 (1,020-2,544)*	1,001 (0,609-1,646)	1,902 (1,041-3,477)*
Existência de crianças agregado familiar			

Sim	1,548 (1,382-1,735)**	1,211 (1,068-1,372)*	1,125 (0,929-1,361)
Não	Ref.	Ref.	Ref.
Grupo Etário			
até 29 anos	0,833 (0,679-1,022)	0,745 (0,590-0,943)*	1,153 (0,820-1,621)
30 a 39 anos	1,142 (0,963-1,354)	1,083 (0,899-1,306)	0,875 (0,654-1,188)
40 a 49 anos	1,248 (1,050-1,482)*	1,062 (0,879-1,282)	1,206 (0,903-1,611)
50 a 64 anos	1,106 (0,934-1,309)	0,907 (0,752-1,095)	1,177 (0,885-1,565)
65 anos ou mais	Ref.	Ref.	Ref.
Situação Profissional			
Ativo	Ref.	Ref.	Ref.
Desempregado	3,704 (3,105-4,417)**	1,278 (1,074-1,521)*	2,385 (1,857-3,064)**
Doméstico	2,467 (1,972-3,086)**	1,021 (0,803-1,298)	2,769 (2,034-3,771)**
Estudante	0,530 (0,354-0,791)*	0,458 (0,279-0,753)*	0,777 (0,357-1,693)
Reformado	1,220 (1,060-1,404)*	0,955 (0,817-1,116)	1,299 (1,008-1,674)*
Nº pessoas do agregado no familiar			
1	Ref.	Ref.	Ref.
2	0,820 (0,666-1,009)	1,079 (0,851-1,368)	0,990 (0,672-1,458)
3	1,040 (0,845-1,280)	1,212 (0,956-1,535)	1,339 (0,918-1,952)
4	1,221 (0,989-1,508)	1,311 (1,032-1,665)*	1,377 (0,941-2,016)
5 ou mais	1,760 (1,379-2,247)**	1,244 (0,948-1,633)	1,855 (1,232-2,792)*
Nº pessoas contribui rendimento			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1	0,474 (0,291-0,771)*	1,833 (1,098-3,061)*	1,183 (0,622-2,252)
2	0,211 (0,130-0,342)**	1,459 (0,876-2,429)	0,598 (0,314-1,141)
3 ou mais	0,181 (0,108-0,303)**	1,400 (0,810-2,419)	0,673 (0,329-1,379)
Classes de IMC			
Peso Normal	Ref.	Ref.	
Baixo Peso	1,562 (0,942-2,588)	0,826 (0,452-1,510)	1,092 (0,464-2,570)
Pré-obesidade	1,318 (1,156-1,502)**	1,288 (1,114-1,489)*	1,064 (0,847-1,336)
Obesidade	1,322 (1,140-1,532)**	1,146 (0,972-1,352)	1,396 (1,097-1,775)*
Ano			
2011	Ref.	Ref.	Ref.
2012	1,022 (0,870-1,199)	1,068 (0,893-1,278)	0,823 (0,630-1,075)
2013	1,091 (0,934-1,274)	1,169 (0,984-1,389)	0,859 (0,665-1,109)
2014	0,896 (0,760-1,057)	0,995 (0,827-1,198)	0,783 (0,594-1,034)
* p < 0,05, ** p < 0,001			

Quadro 10b. Estimativas não ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar (Regressão logística bivariada) (n=4872).

	IA grave (OR e IC95%)	IA moderada e grave (OR e IC 95%)
Região de Saúde		
Alentejo	0,984 (0,690-1,403)	1,076 (0,830-1,394)
Algarve	1,336 (1,008-1,771)*	1,113 (0,895-1,384)
Centro	1,329 (1,000-1,766)	1,306 (1,053-1,619)*
Lisboa e Vale do Tejo	1,381 (1,046-1,823)*	1,319 (1,068-1,628)*
Norte	Ref.	Ref.
Sexo		
Feminino	Ref.	Ref.
Masculino	0,897 (0,731-1,100)	0,802 (0,684-0,941)*
Grau de instrução		
Ensino Básico 1º Ciclo	Ref.	Ref.
Ensino Básico 2º Ciclo	1,060 (0,799-1,407)	1,406 (1,123-1,759)*
Ensino Básico 3º Ciclo	0,763 (0,565-1,030)	0,868 (0,685-1,099)
Ensino Secundário	0,508 (0,388-0,663)**	0,624 (0,509-0,766)**
Ensino Superior	0,255 (0,176-0,370)**	0,347 (0,267-0,450)**
Não sabe ler nem escrever	1,346 (0,928-1,952)	1,913 (1,419-2,580)**
Sabe ler e escrever sem ter	1,504 (1,004-2,253)*	1,657 (1,179-2,329)*
frequentado a escola		
Desconhecido	1,212 (0,263-5,578)	1,095 (0,294-4,073)
Nacionalidade		
Portuguesa	Ref.	Ref.
Estrangeira	1,504 (0,807-2,800)	1,852 (1,145-2,995)*
Existência de crianças agregado familiar		
Sim	1,847 (1,539-2,218)**	1,533 (1,333-1,762)*
Não	Ref.	Ref.
Grupo Etário		
até 29 anos	0,940 (0,745-1,184)	0,886 (0,646-1,215)
30 a 39 anos	1,296 (1,069-1,571)*	0,846 (0,650-1,102)
40 a 49 anos	1,331 (1,093-1,621)*	1,003 (0,772-1,304)
50 a 64 anos	1,294 (1,067-1,569)*	1,406 (1,100-1,798)*
65 anos ou mais	Ref.	Ref.
Situação Profissional		
Ativo	Ref.	Ref.
Desempregado	4,743 (3,749-6,001)**	4,209 (3,493-5,072)**
Doméstico	3,259 (2,384-4,456)**	3,533 (2,774-4,501)**
Estudante	1,036 (0,496-2,161)	0,890 (0,513-1,547)
Reformado	1,704 (1,323-2,193)**	1,543 (1,280-1,862)**
Número de elementos do agregado familiar		

1	Ref.	Ref.
2	0,521 (0,378-0,718)**	0,657 (0,507-0,852)*
3	0,602 (0,439-0,825)*	0,842 (0,653-1,086)
4	0,760 (0,556-1,038)	0,976 (0,756-1,259)
5 ou mais	1,337 (0,961-1,860)	1,642 (1,245-2,165)**
<u>Nº pessoas contribui rendimento</u>		
0	Ref.	Ref.
1	0,235 (0,154-0,359)**	0,321 (0,211-0,488)**
2	0,094 (0,061-0,144)**	0,128 (0,084-0,195)**
3 ou mais	0,044 (0,023-0,084)**	0,099 (0,060-0,164)**
<u>Classes de IMC</u>		
Peso Normal	Ref.	Ref.
Baixo Peso	2,823 (1,550-5,138)*	2,165 (1,266-3,702)*
Pré-obesidade	1,141 (0,922-1,411)	1,118 (0,948-1,318)
Obesidade	1,135 (0,894-1,440)	1,295 (1,081-1,551)*
<u>Ano</u>		
2011	Ref.	Ref.
2012	1,104 (0,855-1,426)	0,954 (0,784-1,161)
2013	1,041 (0,810-1,337)	0,941 (0,778-1,138)
2014	0,951 (0,727-1,245)	0,849 (0,692-1,043)
* p < 0,05, ** p < 0,001		

Na análise bivariada dos fatores associados com a *Insegurança Alimentar* nos três níveis estudados verificou relação com: a região de saúde; sexo (à exceção do nível mais grave de Insegurança Alimentar); o grau de instrução do inquirido; a nacionalidade (para o nível mais abrangente – *Algum nível de Insegurança Alimentar, para Insegurança Alimentar Moderada e para a Insegurança Alimentar Grave*); a existência de crianças no agregado familiar (à exceção da *Insegurança Alimentar Moderada*); o grupo etário (à exceção da *Insegurança Alimentar Moderada*); a situação profissional do inquirido; o número de pessoas no agregado familiar; o número de pessoas que contribuem para o rendimento do agregado familiar (à exceção da *Insegurança Alimentar Moderada*); e, a classe de IMC do entrevistado.

Assim, os agregados familiares pertencentes à Região de Saúde do Algarve, comparativamente com os agregados da Região de Saúde do Norte, apresentaram um risco de *algum grau de Insegurança Alimentar* 1,757 vezes superior, um risco de *Insegurança Alimentar Moderada* 1,392 vezes superior e um risco de *Insegurança Alimentar Grave* 1,336 vezes superior. Os agregados familiares pertencentes à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo apresentaram também um risco aumentado para todos

os níveis de Insegurança Alimentar. Por outro lado, no que diz respeito à *Insegurança Alimentar Ligeira* os agregados familiares da Região de Saúde do Centro mostraram-se em risco (OR=1,372; IC95% 1,165-1,617) relativamente ao que acontece nos agregados da Região de Saúde do Norte.

Para todos os níveis de Insegurança Alimentar, à exceção do nível mais grave, verificou-se um menor risco para os agregados familiares dos inquiridos do sexo masculino (Alguns graus de Insegurança Alimentar (OR=0,744; IC95% 0,657-0,844); Insegurança Alimentar Ligeira (OR=0,823; IC95% 0,715-0,948) e Insegurança Alimentar Moderada (OR=0,743; IC95% 0,594-0,929).

Verificou-se um risco acrescido para o nível mais abrangente da Insegurança Alimentar (OR=1,611; IC95% 1,020-2,544) e para o Insegurança Alimentar Moderada (OR=1,902; IC95% 1,041-3,477), nos agregados familiares dos inquiridos de nacionalidade estrangeira, quando comparados com os agregados familiares dos inquiridos de nacionalidade portuguesa.

No que diz respeito ao grau de instrução dos inquiridos, quando comparados com os agregados familiares dos inquiridos com Ensino básico – 1.º ciclo, os agregados familiares daqueles que não sabem ler nem escrever apresentaram um risco acrescido para todos os graus de Insegurança Alimentar, à exceção do nível de Insegurança Alimentar mais leve. Porém, também para os agregados familiares com *algum grau de Insegurança Alimentar* e para os agregados familiares em Insegurança Alimentar Moderada se verificou um risco de respetivamente 1,276 e 1,758 vezes superior, nos agregados familiares cujos inquiridos possuíam o 2º ciclo do Ensino Básico como grau de instrução. Em oposição, os agregados familiares dos indivíduos que possuem o Ensino Superior mostraram-se protegidos de todos os graus de *Insegurança Alimentar*. Para a algum grau de Insegurança Alimentar e para a *Insegurança Alimentar Grave* também se verificou um efeito protetor para os agregados familiares dos inquiridos com Ensino Secundário, também na comparação relativa com os agregados familiares dos inquiridos com o 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Os agregados familiares que apresentam crianças na sua constituição apresentam um risco aumentado de *algum grau de Insegurança Alimentar* (OR=1,548; IC95% 1,382-1,735), de Insegurança Alimentar Ligeira (OR= 1,211; IC95% 1,068-1,372) e de

Insegurança Alimentar Grave (OR=1,847; IC95% 1,539-2,218) relativamente àqueles sem crianças.

Relativamente ao grupo etário, usando os agregados familiares dos indivíduos com 65 ou mais anos inquiridos como referência, verificou-se um risco aumentado de *algum grau de Insegurança Alimentar* nos agregados familiares nos inquiridos com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos (OR=1,248; IC95% 1,050-1,482). Para os agregados familiares dos inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 64 anos também se verificou um risco aumentado de *Insegurança Alimentar Grave*. Por outro lado, os agregados familiares dos inquiridos com idades até aos 29 anos mostraram-se protegidos de *Insegurança Alimentar Ligeira* (OR=0,745 IC95% 0,590-0,943).

De acordo com a situação profissional do inquirido, e comparando com os agregados familiares dos inquiridos ativos, os agregados familiares dos inquiridos em situação de desemprego apresentaram maior risco de *Insegurança Alimentar* nos três níveis analisados (*Algum grau de Insegurança Alimentar*: OR=3,704 IC95% 3,105-4,417; *Insegurança Alimentar Ligeira*: OR=1,278 IC95% 1,074-1,521; *Insegurança Alimentar Moderada*: OR=2,385 IC95% 1,857-3,064; e *Insegurança Alimentar Grave* – OR=4,743 IC95% 3,749-6,001). Os agregados familiares dos inquiridos “domésticos” e reformados também apresentaram maior risco para situações de Insegurança Alimentar à exceção do nível mais leve de Insegurança Alimentar.

Relativamente aos agregados familiares com apenas um elemento, o risco de *Insegurança Alimentar* nos agregados familiares com 5 ou mais elementos foi superior. Por outro lado os agregados familiares com 2 ou 3 elementos mostraram-se protegidos para o nível mais extremo da Insegurança Alimentar (*Insegurança Alimentar Grave*).

Comparativamente com os agregados familiares em que nenhum elemento do agregado familiar contribui para o rendimento total, os agregados familiares que apresentam 1, 2, 3 ou mais elementos a contribuir para o rendimento familiar apresentam um menor risco de algum nível de *Insegurança Alimentar* e para a *Insegurança Alimentar Grave*. Esta relação não se mostrou consistente para a *Insegurança Alimentar Ligeira* e *Moderada*.

No que diz respeito à classe de IMC dos inquiridos, relativamente aos agregados de inquiridos com peso normal, os agregados familiares dos inquiridos com pré-obesidade e obesidade apresentaram um maior risco de *algum grau de Insegurança Alimentar* (Pré-

obesidade: OR=1,318; IC95% 1,156-1,502 e Obesidade: OR=1,322 IC95% 1,140-1,532). Para os níveis mais graves da *Insegurança Alimentar* verificou-se um risco aumentado nos agregados familiares dos inquiridos com baixo peso (*Insegurança Alimentar Moderada ou Grave*: OR=2,165; IC95% 1,266-3,702) e *Insegurança Alimentar Grave*: OR=2,823; IC95% 1,550-5,138) (Quadro 10).

Por fim, no que respeita à evolução anual, usando o anos de 2011 como referência verificou-se – na análise bivariada – alguma tendência pontual de aumento da *Insegurança alimentar* até ao ano de 2013 e uma tendência de diminuição da Insegurança Alimentar entre 2013 e 2014, sem que essa evolução revele significado estatístico.

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística bivariada - Algum grau de IA

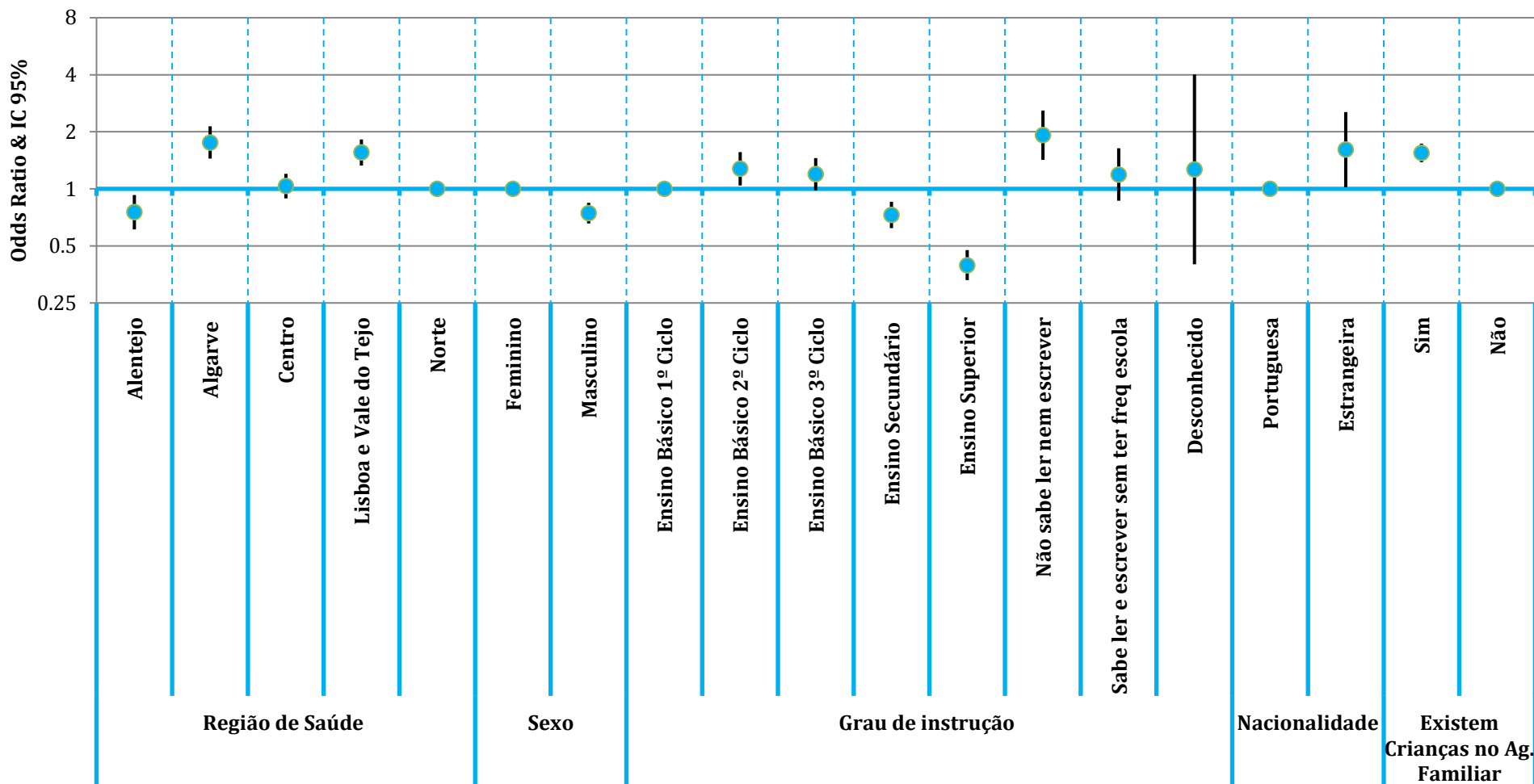


Figura 6a. Estimativas de risco para algum grau de Insegurança Alimentar (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística bivariada - Algum grau de IA

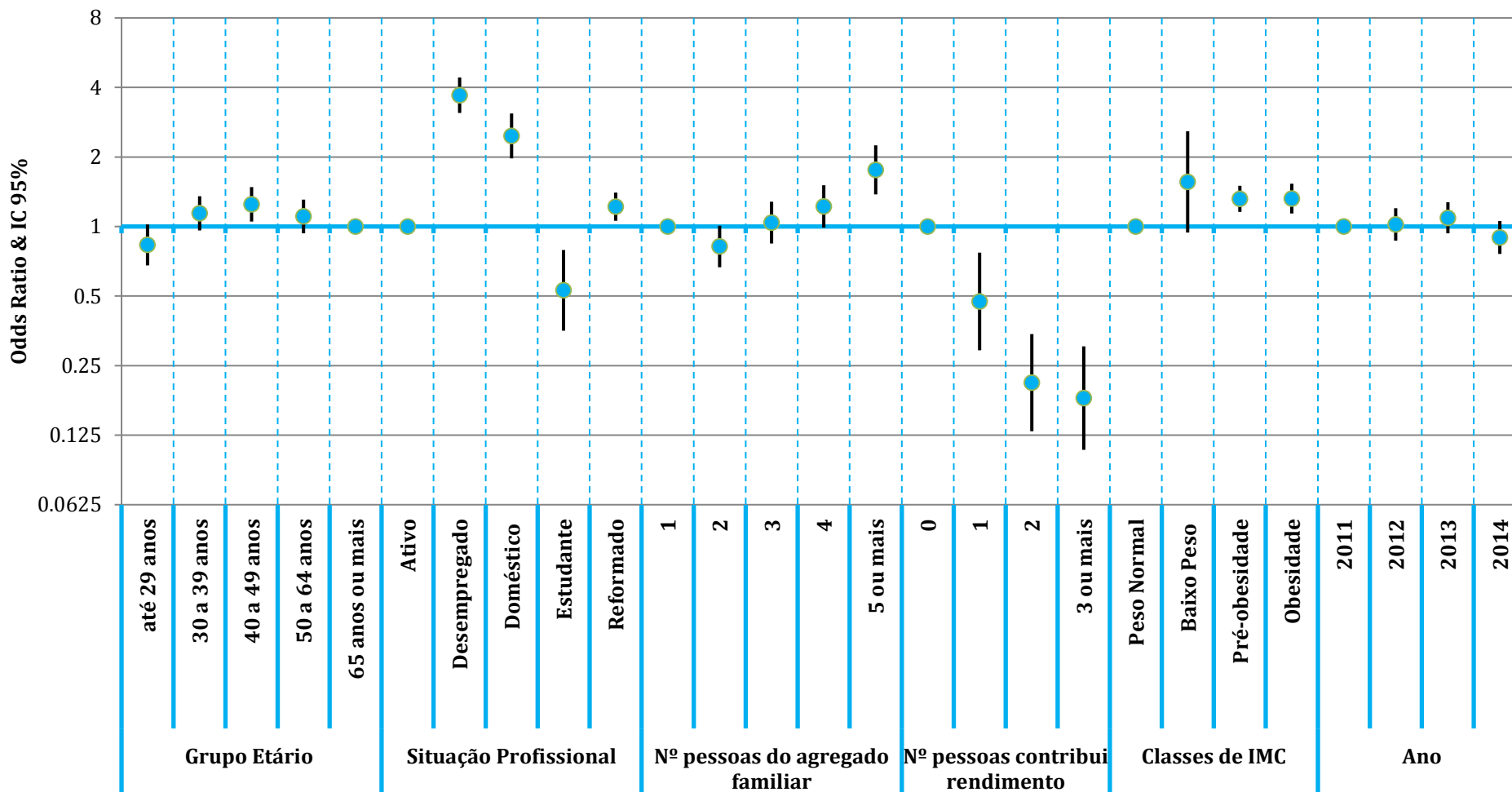


Figura 6b. Estimativas de risco para algum grau de Insegurança Alimentar (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Ligeira

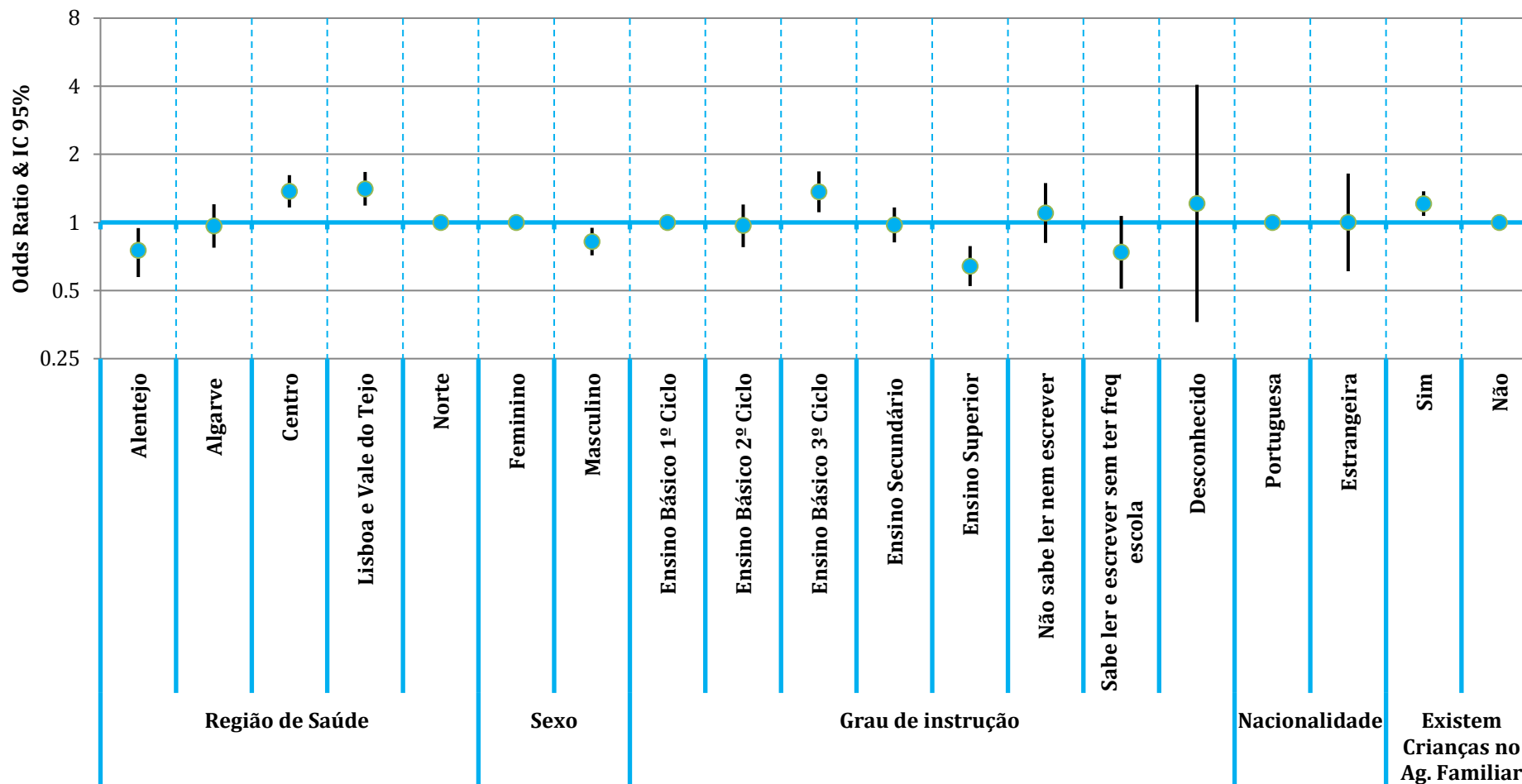


Figura 7a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Ligeira (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Ligeira

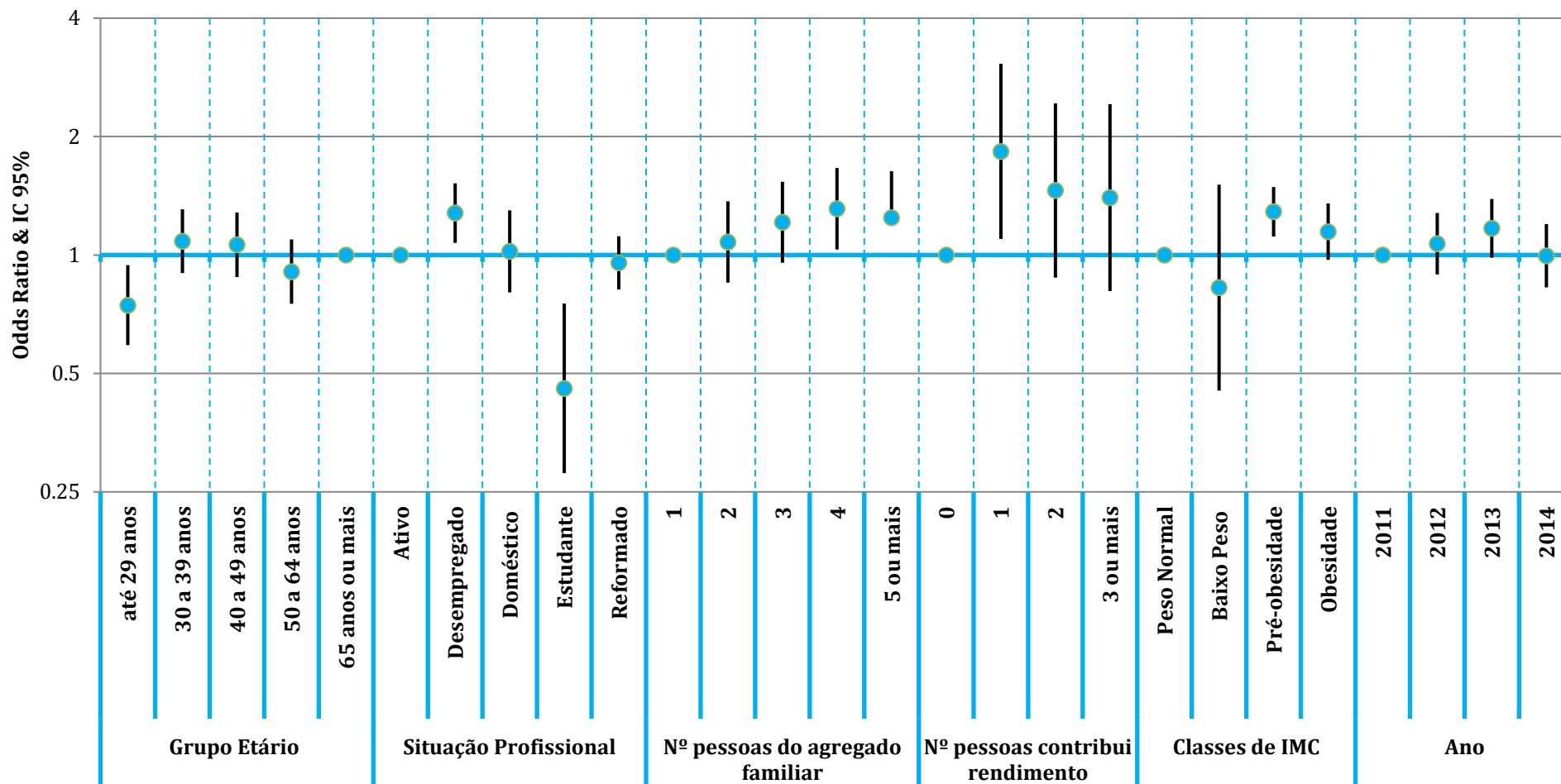


Figura 7b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Ligeira (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada

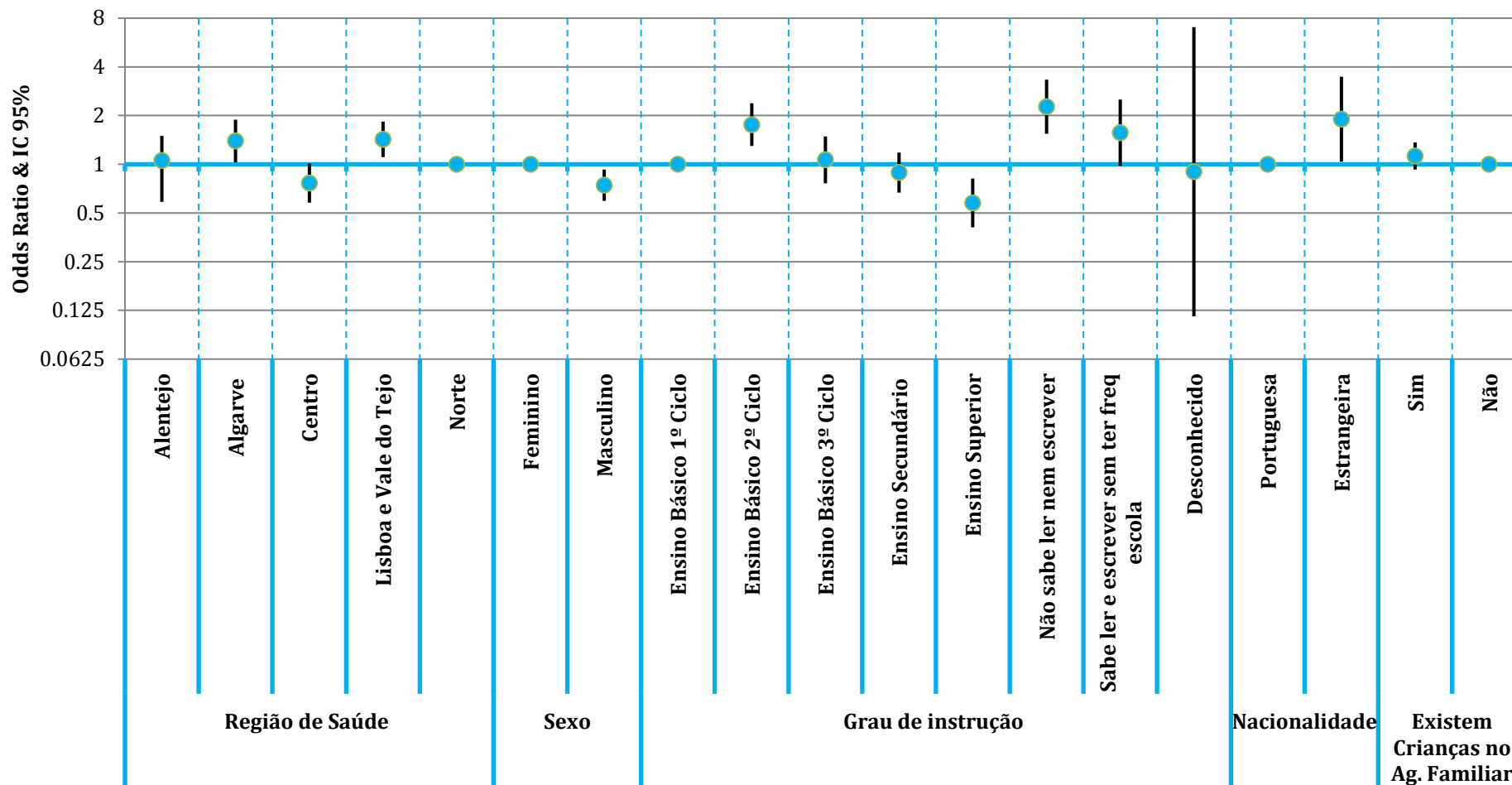


Figura 8a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada

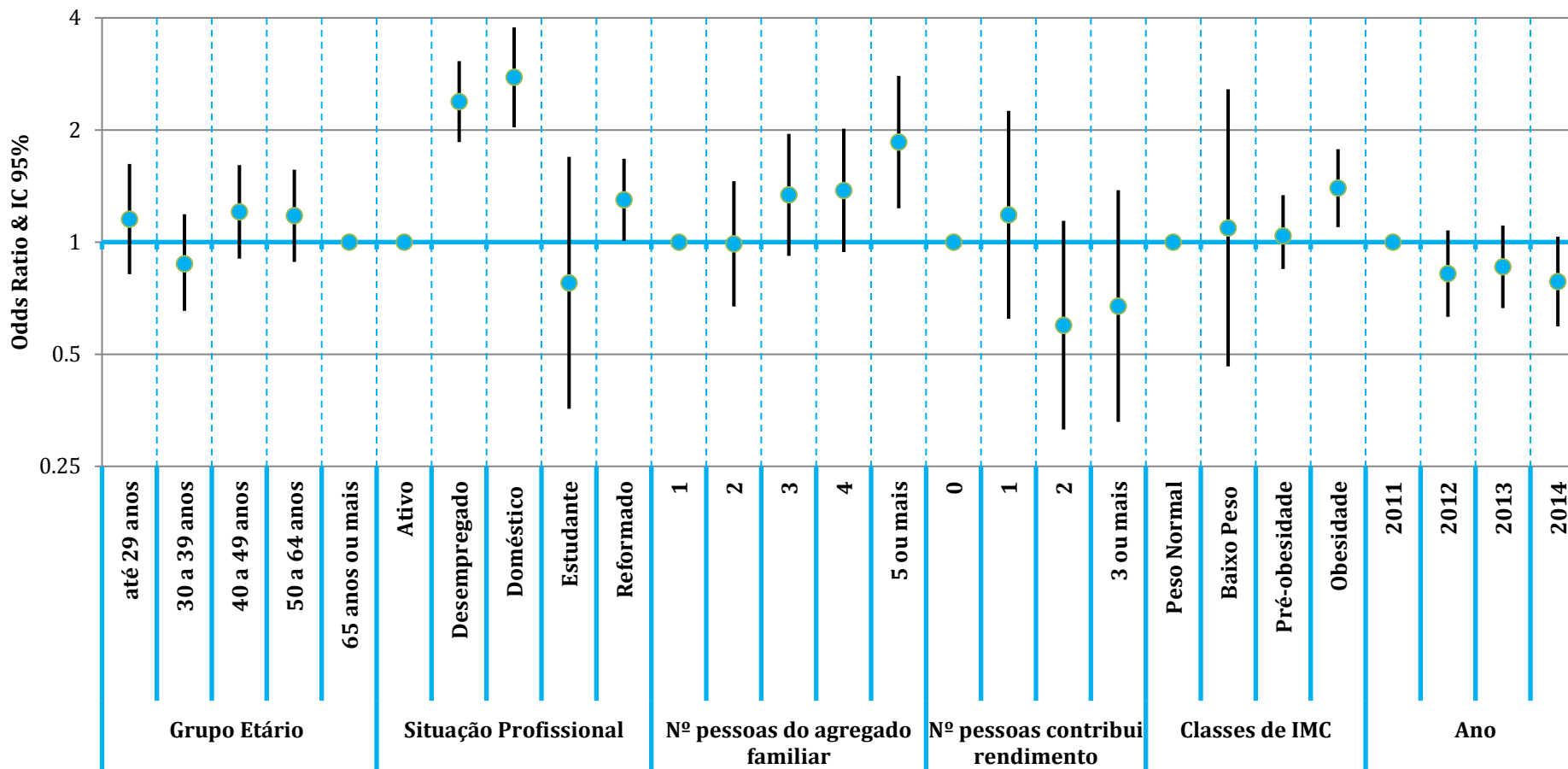


Figura 8b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Grave

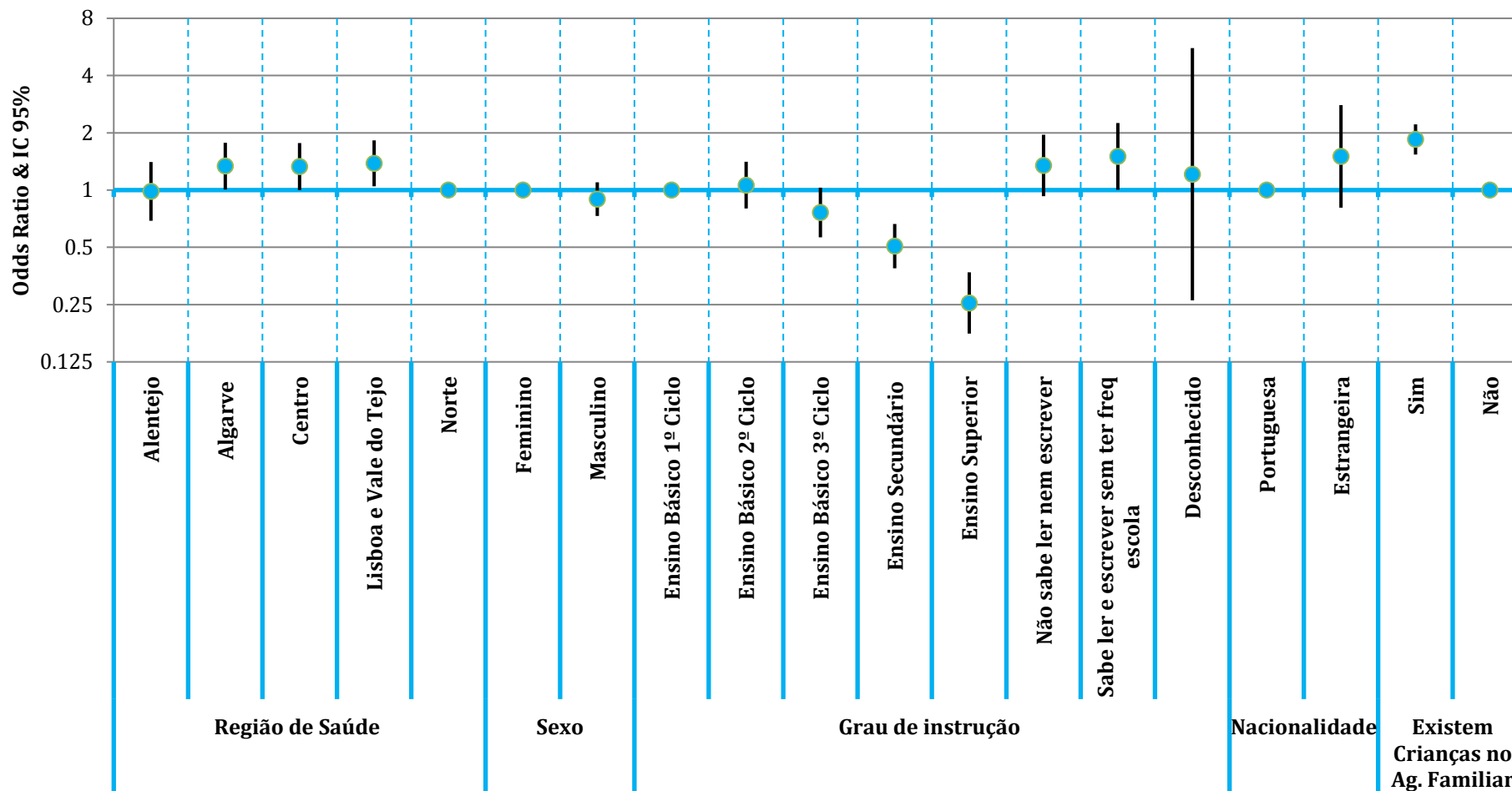


Figura 9a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Grave (regressão logística bivariada) (N = 4872).

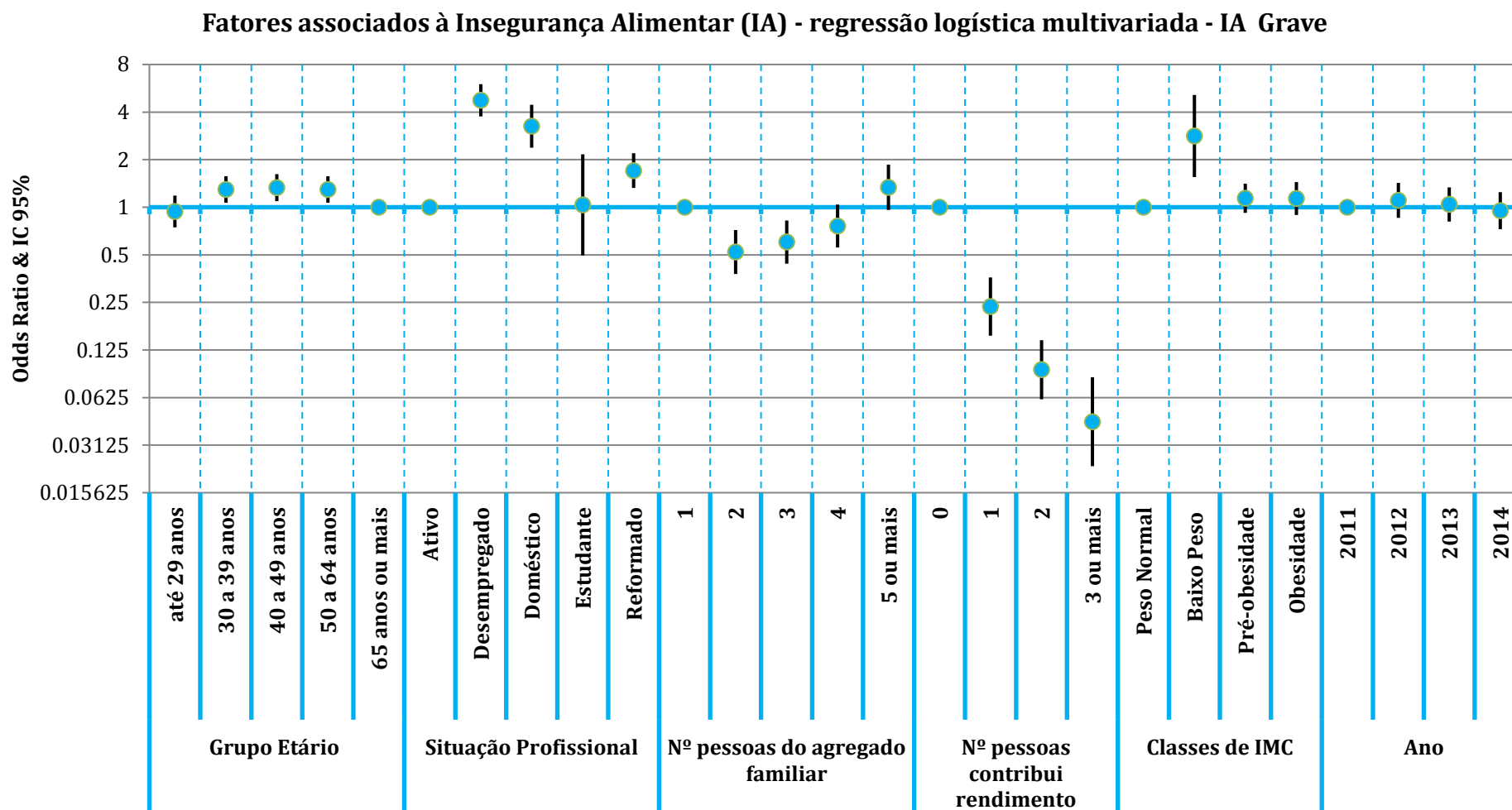


Figura 9b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Grave (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada ou Grave

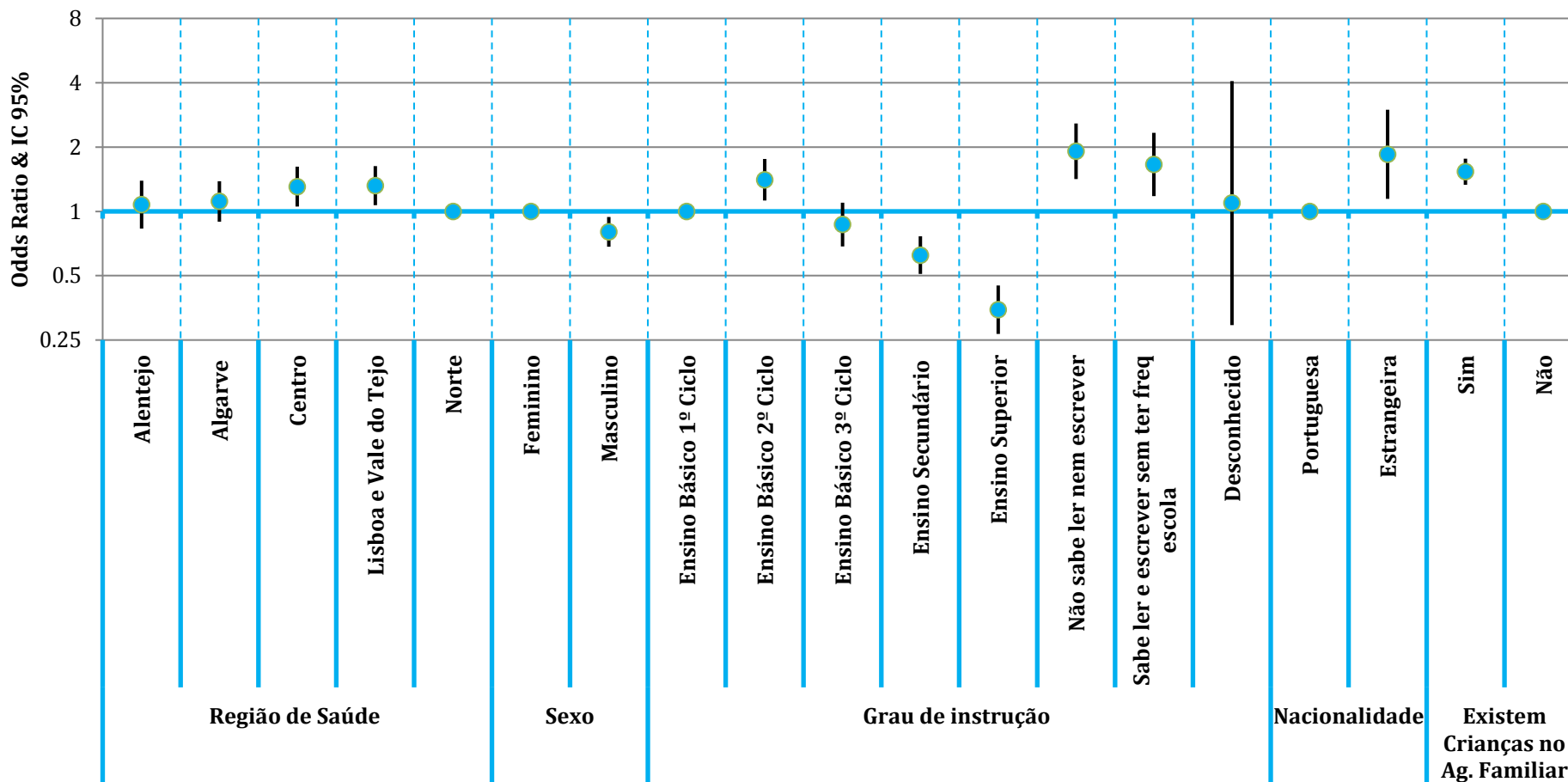


Figura 10a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada ou Grave

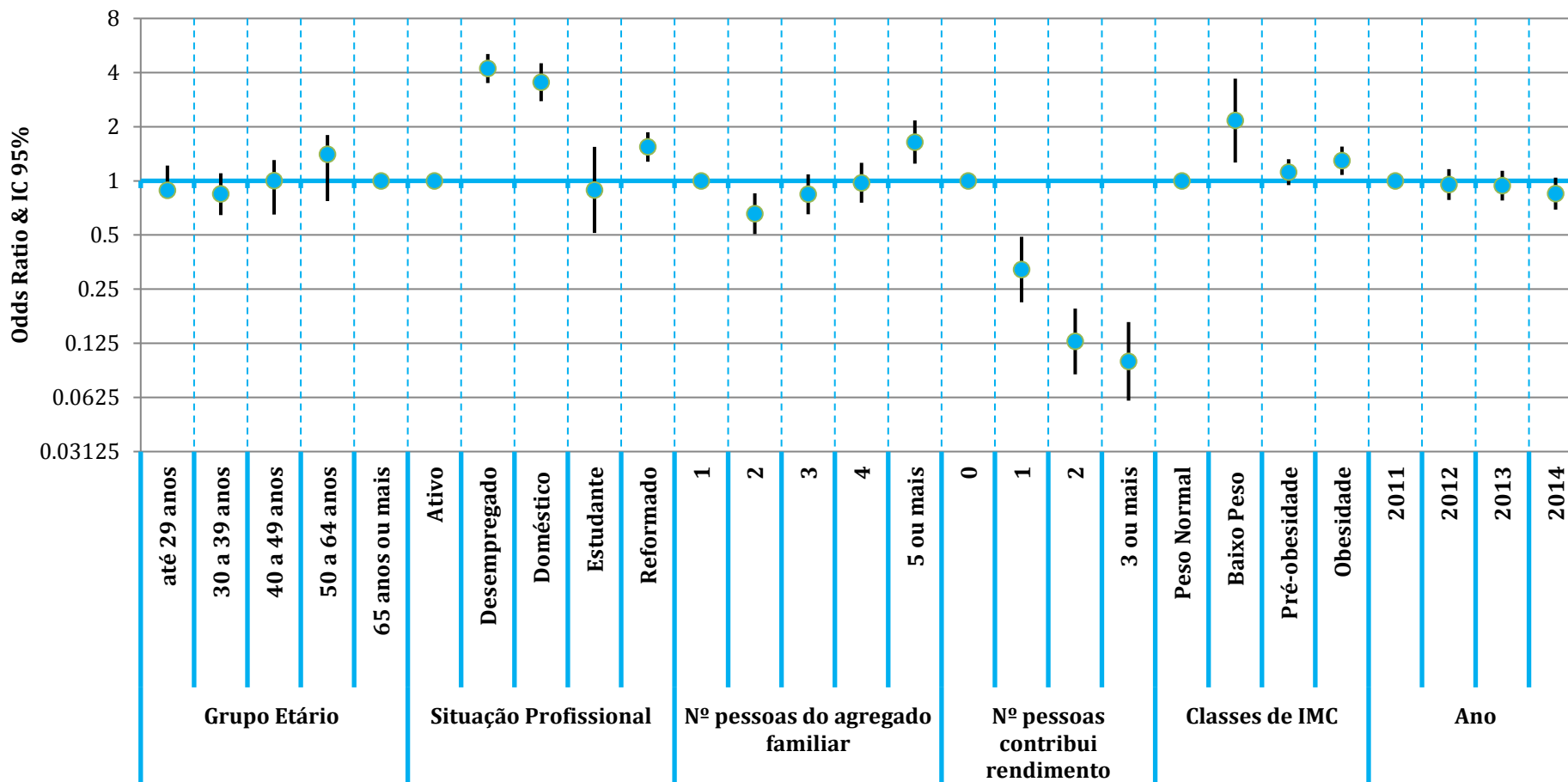


Figura 10b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (regressão logística bivariada) (N = 4872).

Quadro 11a. Estimativas ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar (Regressão logística multifatorial) (n=4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA)			
	IA (algum grau) (OR e IC95%)	IA Ligeira (OR e IC 95%)	IA Moderada (OR e IC95%)
<u>Região de Saúde</u>			
Alentejo	0,772 (0,613-0,972)*	0,738 (0,571-0,953)*	1,107 (0,770-1,592)
Algarve	1,943 (1,559-2,422)**	0,976 (0,774-1,232)	1,451 (1,049-2,008)*
Centro	1,114 (0,943-1,317)	1,398 (1,179-1,658)**	0,813 (0,608-1,088)
Lisboa e Vale do Tejo	1,803 (1,507-2,157)**	1,468 (1,225-1,760)**	1,511 (1,154-1,978)*
Norte	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Sexo</u>			
Feminino	Ref.	Ref.	Ref.
Masculino	0,782 (0,678-0,903)*	0,781 (0,671-0,908)*	0,815 (0,640-1,037)
<u>Grau de instrução</u>			
Ensino Básico 1º Ciclo	Ref.	Ref.	Ref.
Ensino Básico 2º Ciclo	0,894 (0,706-1,132)	0,905 (0,710-1,154)	1,451 (1,040-2,026)*
Ensino Básico 3º Ciclo	0,781 (0,614-0,993)*	1,218 (0,960-1,546)	0,924 (0,637-1,339)
Ensino Secundário	0,477 (0,383-0,595)**	0,921 (0,737-1,151)	0,814 (0,576-1,150)
Ensino Superior	0,273 (0,214-0,349)**	0,563 (0,437-0,725)**	0,613 (0,406-0,927)*
Não sabe ler nem escrever	2,846 (2,048-3,955)**	1,162 (0,840-1,606)	3,205 (2,095-4,902)**
Sabe ler e escrever sem ter frequentado a escola	1,641 (1,156-2,328)*	0,781 (0,531-1,148)	2,004 (1,208-3,326)*
Desconhecido	0,848 (0,230-3,120)	1,107 (0,322-3,810)	0,590 (0,071-4,890)
<u>Nacionalidade</u>			
Portuguesa	Ref.	Ref.	Ref.
Estrangeira	1,131 (0,844-2,374)	0,960 (0,575-1,603)	1,740 (0,917-3,303)
<u>Existência de crianças agregado familiar</u>			
Sim	0,887 (0,737-1,067)	1,007 (0,832-1,220)	1,367 (1,031-1,812)*
Não	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Grupo Etário</u>			
até 29 anos	1,213 (0,838-1,758)	0,653 (0,443-0,963)*	1,597 (0,902-2,829)
30 a 39 anos	1,504 (1,072-2,111)*	0,819 (0,575-1,167)	1,181 (0,689-2,022)
40 a 49 anos	1,403 (1,010-1,947)*	0,746 (0,528-1,053)	1,536 (0,920-2,566)
50 a 64 anos	1,315 (1,003-1,723)*	0,705 (0,527-0,943)*	1,371 (0,891-2,110)
65 anos ou mais	Ref.	Ref.	Ref.
<u>Situação Profissional</u>			
Ativo	Ref.	Ref.	Ref.
Desempregado	2,288 (1,872-2,797)**	1,053 (0,864-1,282)	1,555 (1,172-2,062)*
Doméstico	1,057 (0,809-1,380)	0,739 (0,561-0,974)*	1,472 (1,025-2,112)*
Estudante	0,565 (0,352-0,908)*	0,515 (0,299-0,888)*	0,598 (0,259-1,383)
Reformado	1,131 (0,860-1,487)	0,790 (0,588-1,061)	1,289 (0,833-1,994)
<u>Nº pessoas do agregado no familiar</u>			

1	Ref.	Ref.	Ref.
2	1,468 (1,140-1,892)*	1,270 (0,967-1,667)	1,684 (1,096-2,589)*
3	2,429 (1,819-3,242)**	1,546 (1,142-2,094)*	3,056 (1,926-4,851)**
4	2,832 (2,067-3,879)**	1,695 (1,221-2,352)*	3,202 (1,947-5,264)**
5 ou mais	3,842 (2,678-5,512)**	1,619 (1,121-2,340)*	3,990 (2,330-6,833)**
<u>Nº pessoas contribui rendimento</u>			
0	Ref.	Ref.	Ref.
1	0,555 (0,327-0,940)*	2,036 (1,206-3,438)*	1,431 (0,730-2,804)
2	0,254 (0,149-0,435)**	1,565 (0,919-2,665)	0,760 (0,381-1,517)
3 ou mais	0,155 (0,087-0,276)**	1,398 (0,784-2,493)	0,628 (0,290-1,359)
<u>Classes de IMC</u>			
Peso Normal	Ref.	Ref.	
Baixo Peso	1,380 (0,779-2,444)	0,802 (0,432-1,486)	0,931 (0,383-2,260)
Pré-obesidade	1,265 (1,089-1,469)*	1,257 (1,077-1,466)*	0,986 (0,773-1,259)
Obesidade	1,121 (0,946-1,328)	1,085 (0,910-1,294)	1,248 (0,963-1,618)
<u>Ano</u>			
2011	Ref.	Ref.	Ref.
2012	1,267 (1,055-1,521)*	1,150 (0,951-1,390)	0,949 (0,713-1,263)
2013	1,232 (1,035-1,467)*	1,270 (1,060-1,521)*	0,908 (0,693-1,190)
2014	1,196 (0,992-1,441)	1,154 (0,950-1,403)	0,897 (0,669-1,203)
* p < 0,05, ** p < 0,001			

Quadro 11b. Estimativas ajustadas de risco para as situações de Insegurança Alimentar (Regressão logística multifatorial) (n=4872).

	IA grave (OR e IC95%)	IA moderada e grave (OR e IC 95%)
Região de Saúde		
Alentejo	0,821 (0,559-1,206)	0,964 (0,723-1,285)
Algarve	2,764 (2,062-3,706)**	2,468 (1,933-3,152)**
Centro	0,615 (0,454-0,834)*	0,677 (0,540-0,849)*
Lisboa e Vale do Tejo	1,088 (0,821-1,443)	1,377 (1,110-1,708)*
Norte	Ref.	Ref.
Sexo		
Feminino	Ref.	Ref.
Masculino	1,088 (0,860-1,378)	0,945 (0,786-1,135)
Grau de instrução		
Ensino Básico 1º Ciclo	Ref.	Ref.
Ensino Básico 2º Ciclo	0,704 (0,507-0,977)*	0,979 (0,752-1,274)
Ensino Básico 3º Ciclo	0,448 (0,312-0,644)**	0,555 (0,417-0,741)**
Ensino Secundário	0,283 (0,200-0,400)**	0,394 (0,301-0,516)**
Ensino Superior	0,176 (0,113-0,275)**	0,270 (0,196-0,374)**
Não sabe ler nem escrever	1,957 (1,258-3,043)*	3,266 (2,291-4,656)**
Sabe ler e escrever sem ter frequentado a escola	2,236 (1,403-3,563)*	2,581 (1,747-2,686)**
Desconhecido	0,746 (0,135-4,116)	0,609 (0,138-2,686)
Nacionalidade		
Portuguesa	Ref.	Ref.
Estrangeira	0,995 (0,481-2,057)	1,523 (0,866-2,681)
Existência de crianças agregado familiar		
Sim	0,461 (0,335-0,634)**	0,801 (0,636-1,008)
Não	Ref.	Ref.
Grupo Etário		
até 29 anos	2,155 (1,174-3,956)*	2,237 (1,411-3,546)*
30 a 39 anos	2,670 (1,561-4,565)**	2,128 (1,396-3,243)**
40 a 49 anos	2,353 (1,396-3,966)*	2,301 (1,534-3,452)**
50 a 64 anos	2,630 (1,712-4,042)**	2,262 (1,616—3,167)**
65 anos ou mais	Ref.	Ref.
Situação Profissional		
Ativo	Ref.	Ref.
Desempregado	2,943 (2,236-3,873)**	2,552 (2,055-3,169)**
Doméstico	1,477 (1,013-2,154)*	1,567 (1,170-2,098)*
Estudante	1,464 (0,610-3,516)	0,913 (0,482-1,728)
Reformado	1,856 (1,203-2,861)*	1,635 (1,168-2,289)*
Número de elementos do agregado familiar		

1	Ref.	Ref.
2	0,753 (0,516-1,100)	1,153 (0,848-1,568)
3	0,817 (0,525-1,270)	1,832 (1,298-2,586)*
4	0,914 (0,567-1,472)	2,006 (1,381-2,916)**
5 ou mais	1,319 (0,789-2,204)	2,955 (1,958-4,460)**
<u>Nº pessoas contribui rendimento</u>		
0	Ref.	Ref.
1	0,274 (0,169-0,446)**	0,356 (0,222-0,572)**
2	0,151 (0,090-0,254)**	0,169 (0,104-0,276)**
3 ou mais	0,050 (0,024-0,106)**	0,090 (0,051-0,162)**
<u>Classes de IMC</u>		
Peso Normal	Ref.	Ref.
Baixo Peso	2,320 (1,143-4,710)*	1,858 (1,000-3,452)*
Pré-obesidade	1,064 (0,836-1,355)	1,031 (0,854-1,245)
Obesidade	0,871 (0,664-1,142)	1,059 (0,861-1,303)
<u>Ano</u>		
2011	Ref.	Ref.
2012	1,483 (1,108-1,985)*	1,206 (0,963-1,510)
2013	1,117 (0,842-1,480)	0,991 (0,799-1,230)
2014	1,288 (0,950-1,747)	1,078 (0,854-1,359)
* p < 0,05, ** p < 0,001		

Depois de ajustar o modelo de regressão logística para o efeito de todas as variáveis (regressão logística multifatorial) observaram-se algumas alterações relativamente às relações bivariadas. No entanto, o conjunto de fatores que se relacionava com os níveis de *Insegurança Alimentar* analisados não se alterou substancialmente. Assim, após ajustamento para todos os restantes fatores, mostraram-se associados aos níveis de *Insegurança Alimentar*: a Região de Saúde; o sexo do inquirido (apenas relevante no nível mais abrangente de *Insegurança alimentar e para a Insegurança Alimentar Ligeira*); o nível de instrução do indivíduo inquirido; a existência de crianças no agregado familiar (apenas para a *Insegurança Alimentar Moderada e Grave*); o grupo etário; a situação profissional do inquirido; o número de pessoas do agregado familiar; o número de pessoas que contribui para o rendimento familiar e a classe de IMC do inquirido. Depois do controlo para todos os restantes fatores considerados, a nacionalidade do inquirido continuou a não mostrar relação com os níveis de *Insegurança Alimentar* dos agregados familiares.

Após ajustamento para os restantes fatores, e comparando com o observado nos agregados familiares da Região de Saúde do Norte, a Região de Saúde do Algarve

mantveu-se como um fator de risco para todos os níveis de *Insegurança Alimentar* em análise, à exceção da Insegurança Alimentar Ligeira. Também os agregados familiares pertencentes à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo também apresentam risco aumentado relativamente ao observado na Região de Saúde do Norte, à exceção do nível mais grave da Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Grave). Já os agregados familiares pertencentes à região do Centro mostraram-se protegidos para os níveis mais graves da Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Grave – OR=0,615; IC95% 0,454-0,834 e Insegurança Alimentar Moderada ou Grave – OR=0,677; IC95% 0,540-0,849). Porém os agregados familiares pertencentes a esta região de saúde mostraram-se em risco para a Insegurança Alimentar Ligeira (OR=1,398; IC95% 1,179-1,658). Os agregados familiares da região do Alentejo parecem estar protegidos de situações de Insegurança Alimentar, no entanto este resultado só se verificou estatisticamente significativo para Algum grau de Insegurança Alimentar.

Os agregados familiares dos inquiridos do sexo masculino, apresentaram um menor risco de *Insegurança Alimentar*, tendo-se verificado uma associação estatisticamente significativa apenas para *Algum grau de Insegurança Alimentar* (OR=0,782; IC95% 0,678-0,903) e para a Insegurança Alimentar Ligeira (OR=0,781; IC95% 0,671-0,908).

No que respeitou ao grau de instrução dos inquiridos, tendo como referência o observado nos agregados familiares dos inquiridos com o 1.º ciclo do *Ensino Básico*, as famílias dos inquiridos com menos instrução (agregados familiares cujos inquiridos “não sabem ler nem escrever” e “sabem ler e escrever sem ter frequentado a escola”) mostraram risco acrescido de *Insegurança Alimentar* (para todos os níveis em análise, à exceção da Insegurança Alimentar Ligeira) e as famílias de inquiridos com habilitações mais elevadas mostraram-se protegidas.

No que diz respeito à existência de crianças no agregado familiar, os resultados encontrados são consideravelmente diferentes em função do nível de Insegurança Alimentar em análise, tendo-se verificado apenas uma associação para os níveis mais graves de Insegurança Alimentar.

Enquanto que os agregados familiares com crianças apresentam um risco aumentado para a Insegurança Alimentar Moderada (OR=1,367; IC95% 1,031-1,812), os agregados familiares com crianças apresentaram um menor risco para Insegurança

Alimentar Grave (OR=0,461; IC95% 0,335-0,634). Para os restantes níveis da Insegurança Alimentar não se verificaram resultados com significado estatístico.

Após ajustamento para os restantes fatores, e quando comparado com a situação dos agregados familiares dos inquiridos com 65 com ou mais anos de idade, nos agregados de inquiridos com idades inferiores estimou-se uma tendência para um risco acrescido para Algum grau de *Insegurança Alimentar* e em particular para os níveis mais graves de Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Grave e Insegurança Alimentar Moderada ou Grave).

Relativamente à situação profissional, para *algum grau de Insegurança Alimentar*, verificou-se que os agregados familiares dos inquiridos desempregados, apresentaram um risco aumentado. Para os níveis mais graves de Insegurança Alimentar, verificou-se um risco aumentado para os agregados familiares dos indivíduos desempregados, domésticos e reformados, quando comparados com o que se verifica nos agregados dos indivíduos ativos.

Relativamente ao número de pessoas que constituem o agregado familiar, usando os agregados de apenas uma pessoa como referência, para todos os níveis de *Insegurança alimentar*, à exceção da *Insegurança Alimentar Grave*, o risco pareceu crescer sustentadamente à medida que o número de pessoas no agregado familiar aumentou; Para a *Insegurança Alimentar Grave*, não se verificou uma associação com significado estatístico com o número de pessoas que constituem o agregado familiar, porém contrariamente ao observado para os outros graus de *Insegurança Alimentar* em análise, as famílias com 2, 3 ou 4 pessoas mostraram-se tendencialmente mais protegidas, comparativamente aos agregados familiares com apenas um elemento.

Relativamente ao número de pessoas que contribuem para o rendimento familiar, usando a situação observada nas famílias com zero pessoas a contribuir para o orçamento familiar como referência, observou-se que ter uma, duas, três ou mais pessoas a contribuir para o rendimento familiar é um fator protetor para todos os graus de *Insegurança Alimentar*, à exceção da Insegurança Alimentar Ligeira. Para o nível mais ligeiro da Insegurança Alimentar verificou-se uma tendência para uma associação no sentido oposto, no entanto esta associação apenas se mostrou com significado estatístico para os agregados familiares com 1 elemento a contribuir para o rendimento do agregado familiar.

Nesta análise, também os agregados familiares dos inquiridos com estados não normoponderais indicaram riscos acrescidos de *Insegurança Alimentar* relativamente aos dos inquiridos com peso normal. Nos agregados de inquiridos com pré-obesidade estimou-se risco acrescido de *algum grau de Insegurança Alimentar e Insegurança Alimentar Ligeira* com significado estatístico. Por sua vez, nos agregados de famílias com baixo peso verificou-se um risco acrescido de *Insegurança Alimentar Moderada ou Grave* (OR = 1,858; IC95% 1,000-3,452) e para a *Insegurança Alimentar Grave* (OR=2,320; IC95% 1,143-4,710) (Quadros 11a e 11b).

Por fim, no que respeita à evolução anual ao longo dos três anos avaliados após controlo para todas as variáveis socioeconómicas em estudo disponíveis verificou-se que existiu um aumento significativo da *Insegurança Alimentar (Algum Grau De Insegurança Alimentar)*, com um aumento de 27% em 2012, nível que decresceu um pouco em 2013 embora sem diferença substancial e um aumento de 23% em 2013. Na avaliação das inseguranças alimentares moderada e grave em conjunto, verificou-se uma tendência pontual de acréscimo – sobretudo em 2012 – mas sem apresentar qualquer significado estatístico.

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - Algum grau de IA

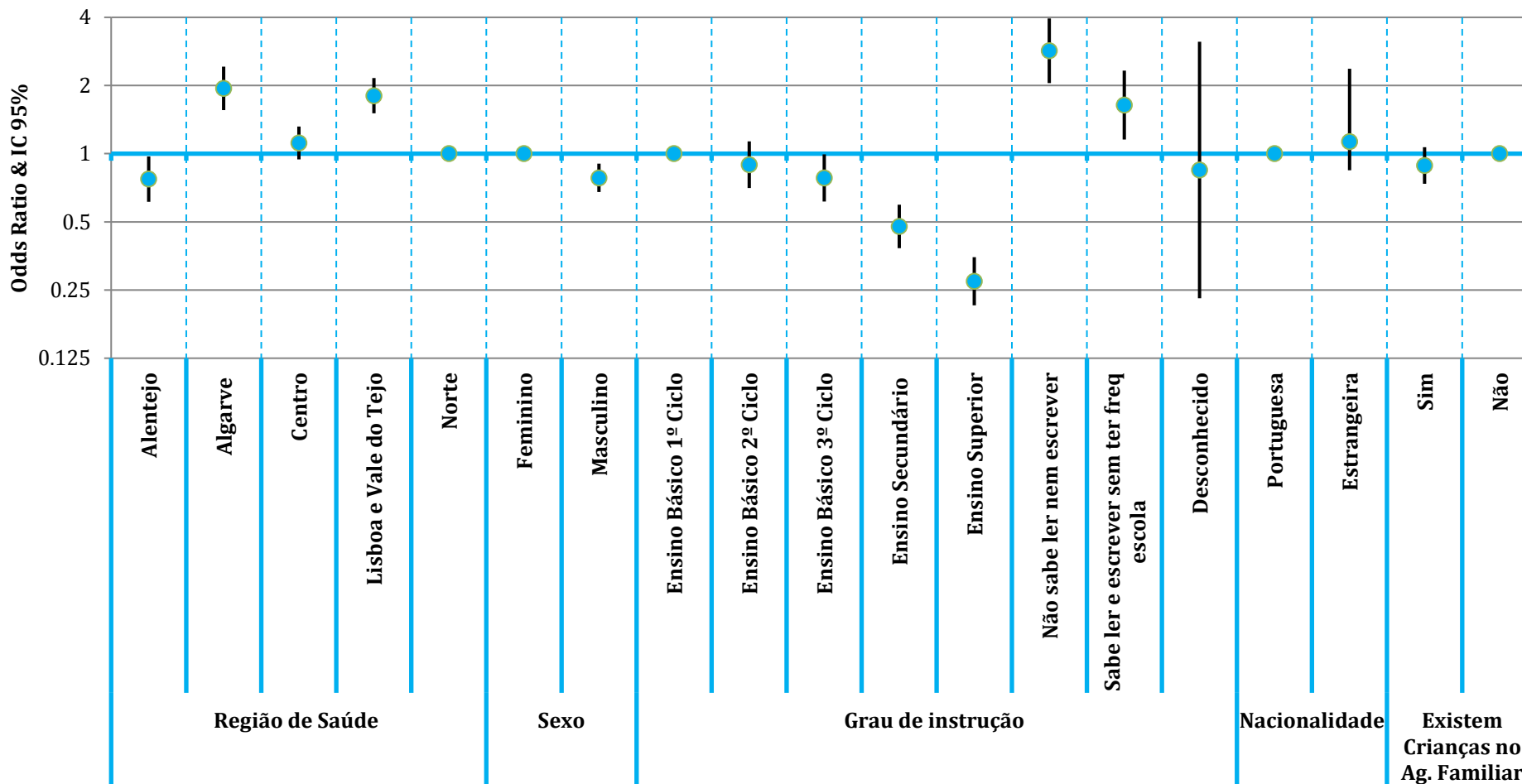


Figura 11a. Estimativas de risco para algum grau de Insegurança Alimentar (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - Algum grau de IA

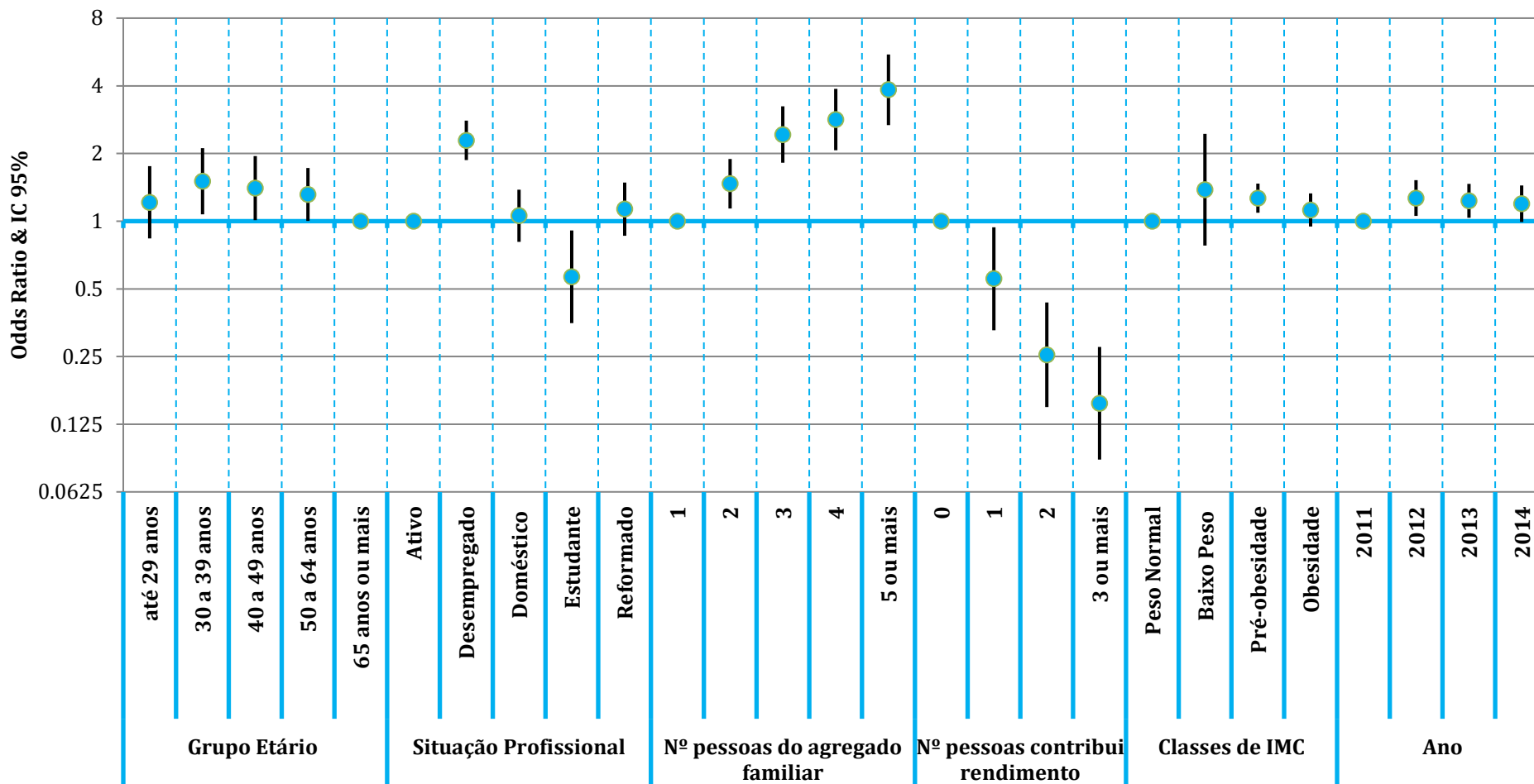


Figura 11b. Estimativas de risco para algum grau de Insegurança Alimentar (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Ligeira

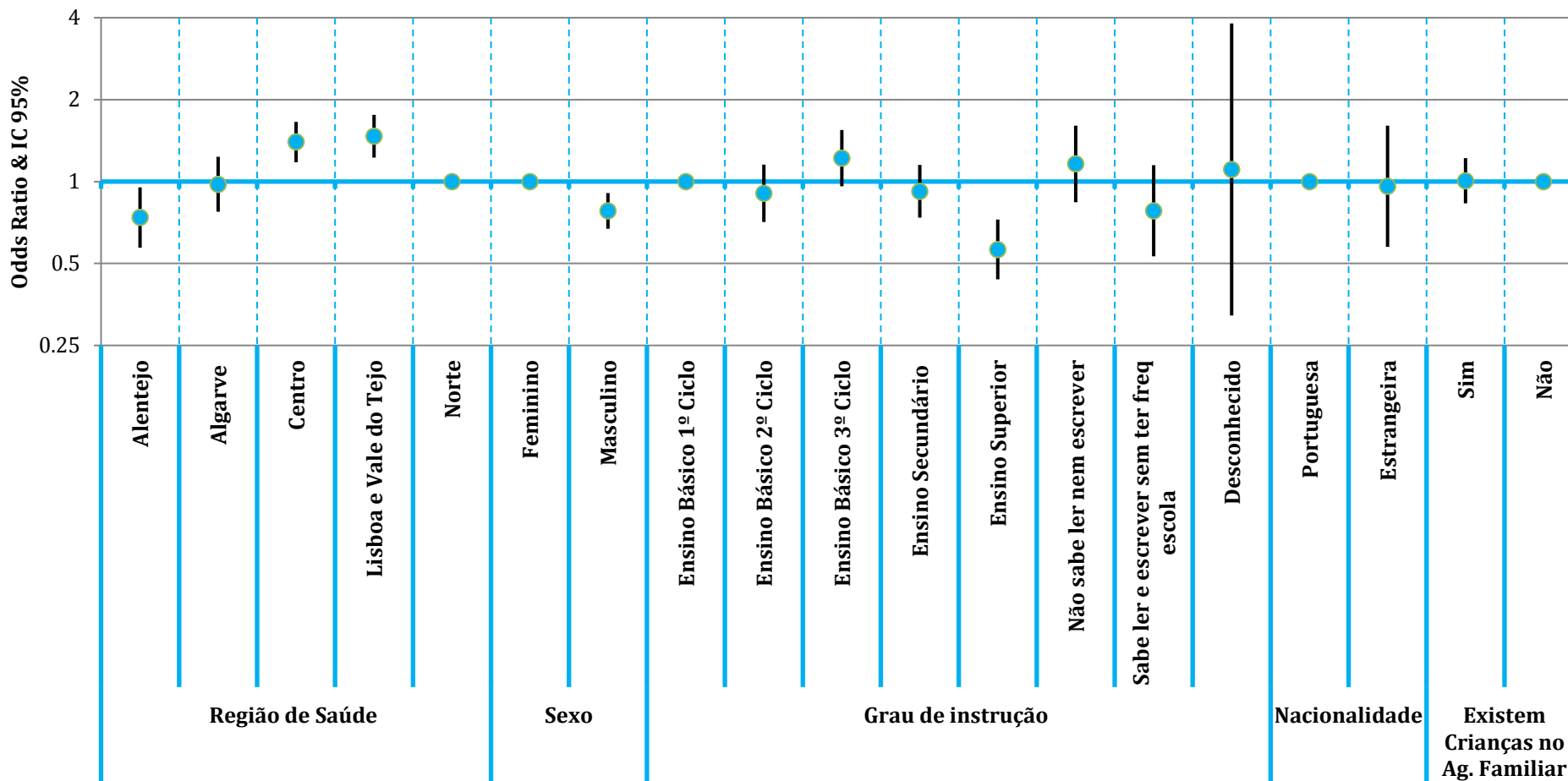


Figura 12a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Ligeira (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Ligeira

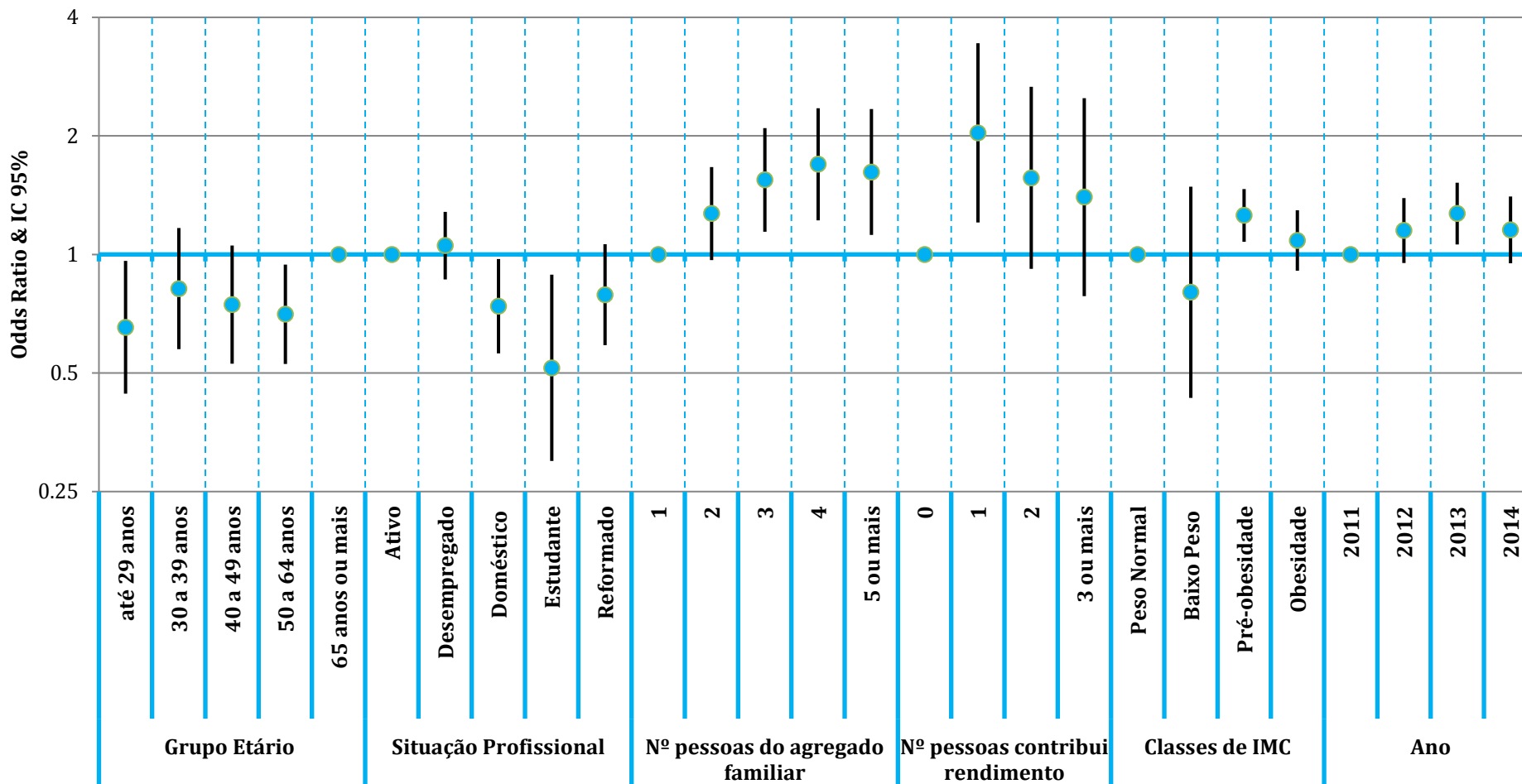


Figura 12b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Ligeira (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada

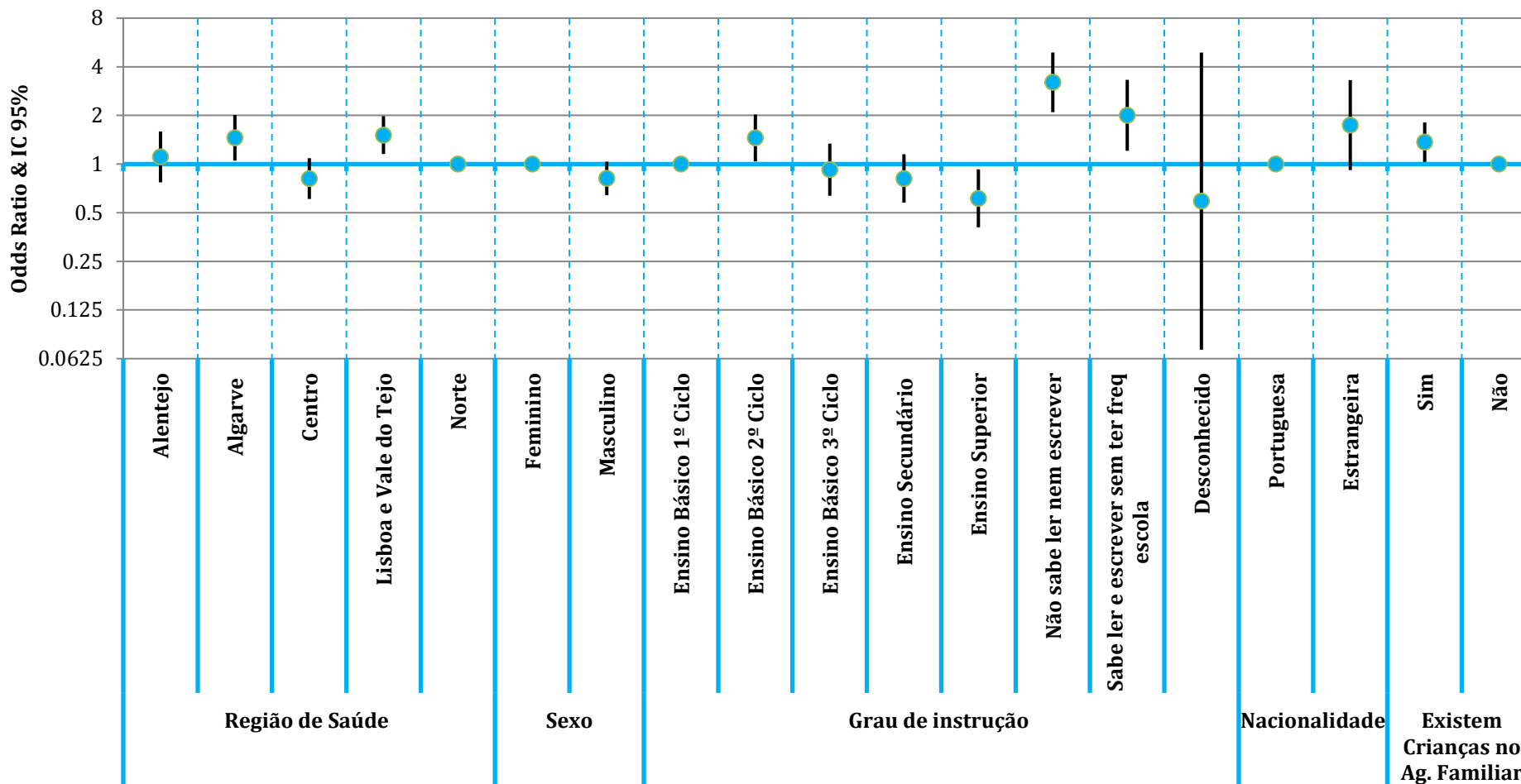


Figura 13a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Moderada

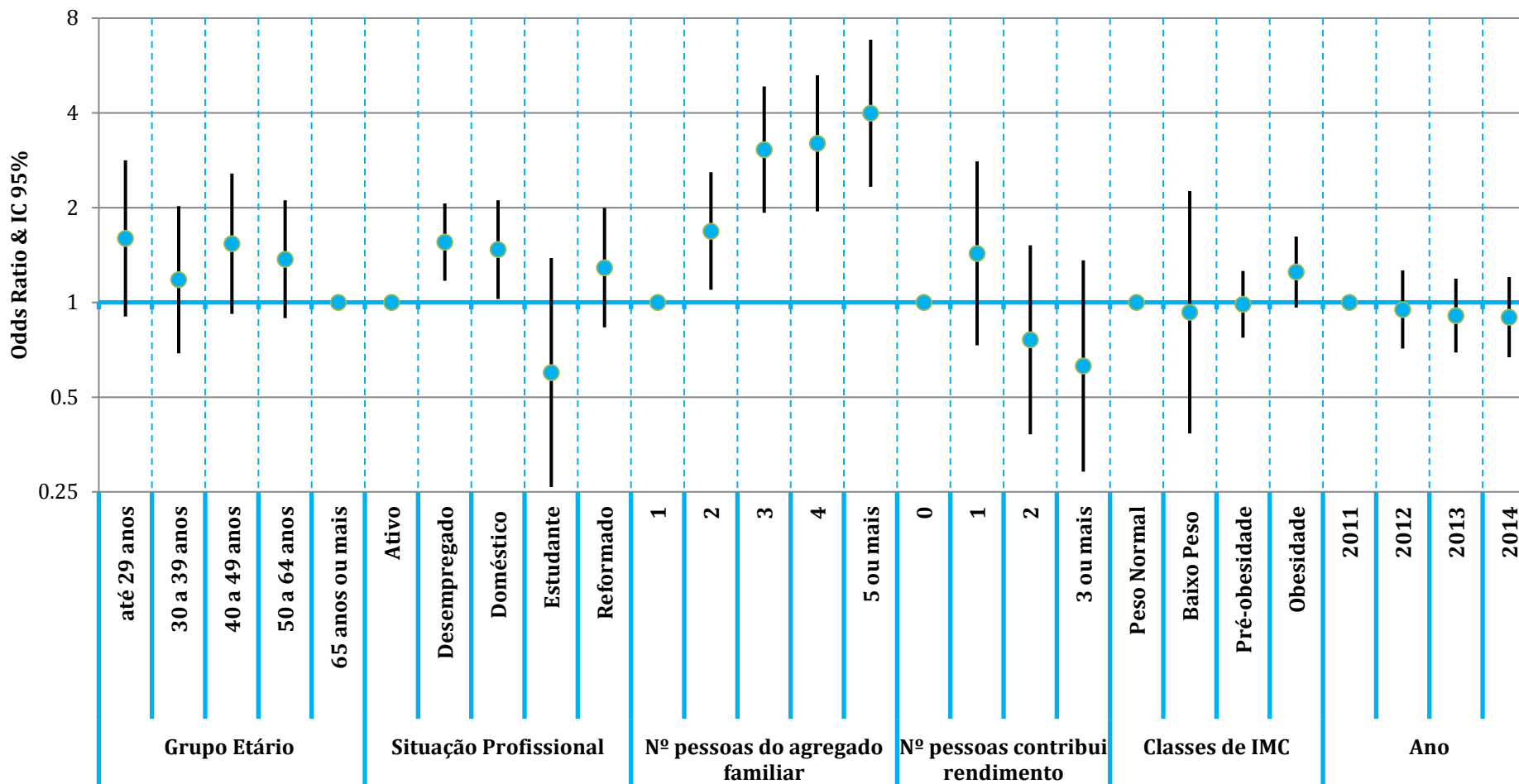


Figura 13b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Grave

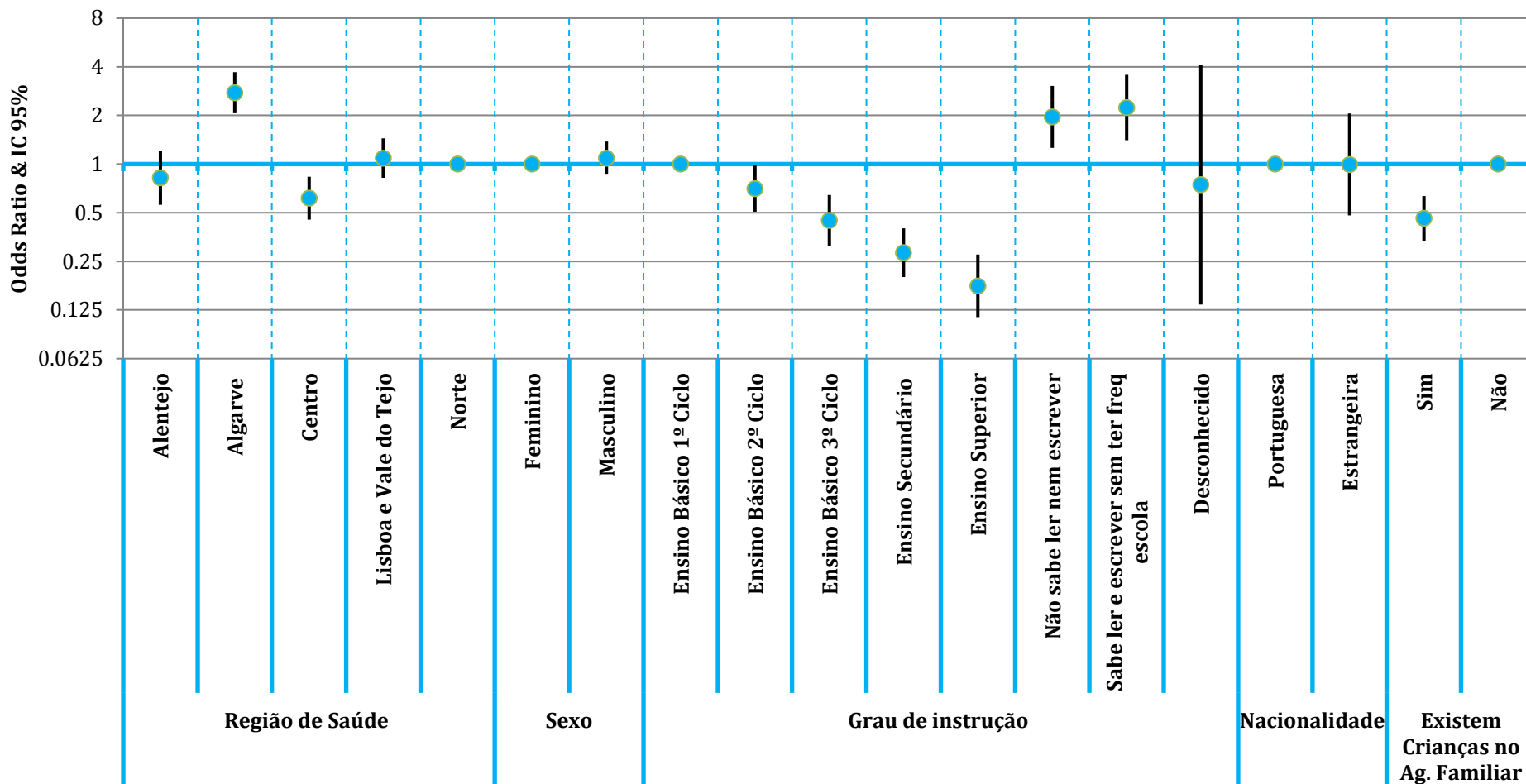


Figura 14a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Grave (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística multivariada - IA Grave

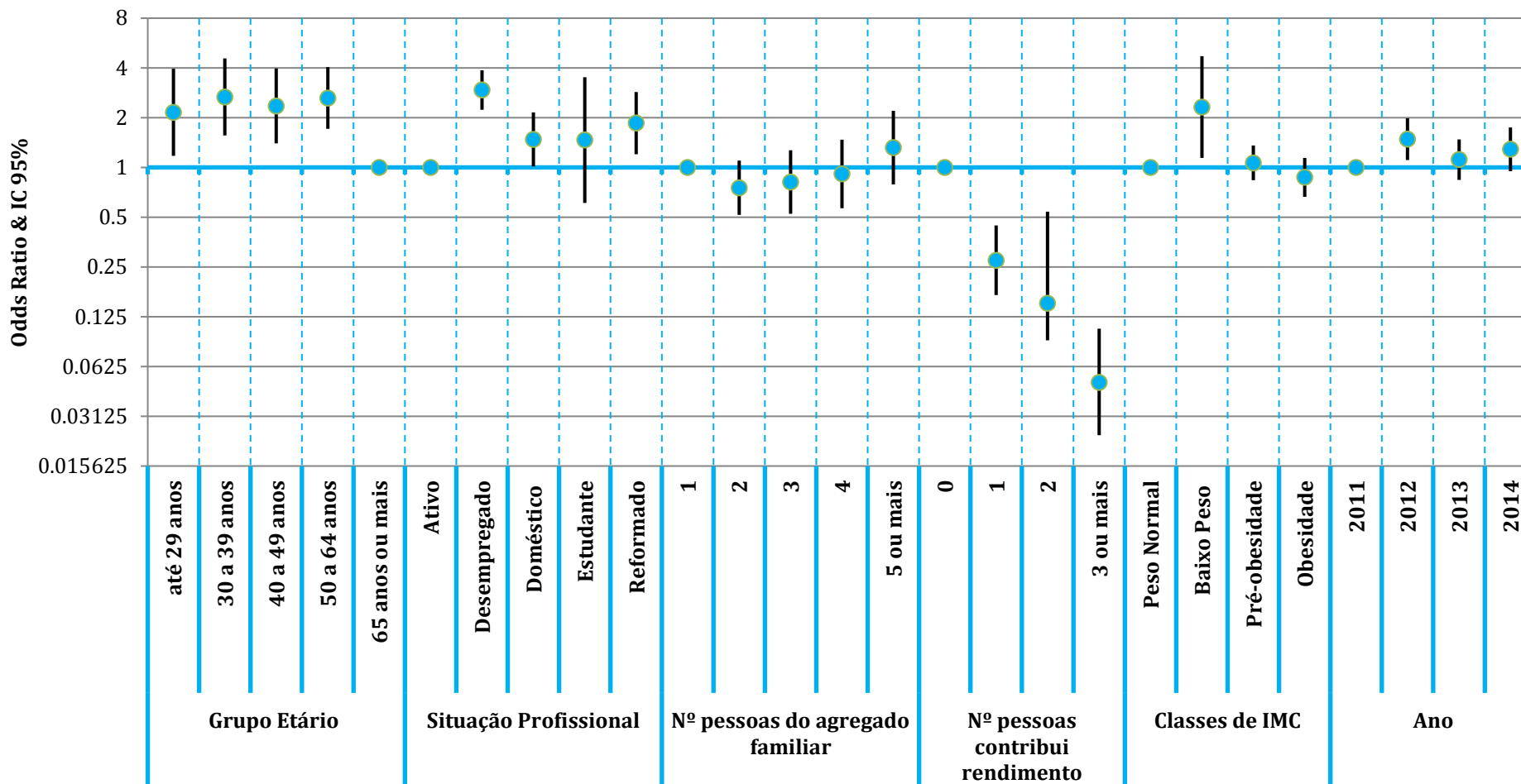


Figura 14b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Grave (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística bivariada - IA Moderada ou Grave

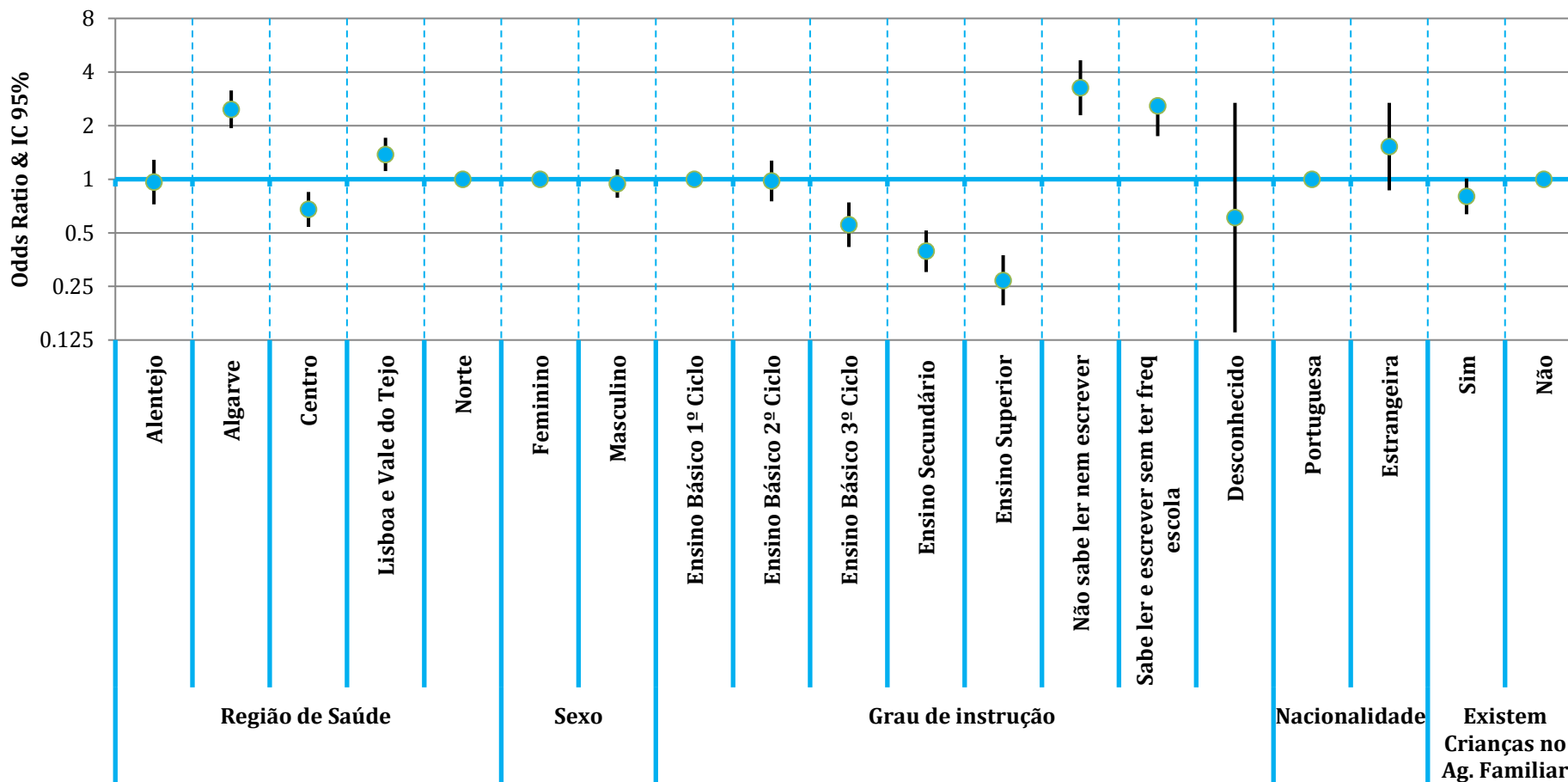


Figura 15a. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (regressão logística multivariada) (N = 4872).

Fatores associados à Insegurança Alimentar (IA) - regressão logística bivariada - IA Moderada ou Grave

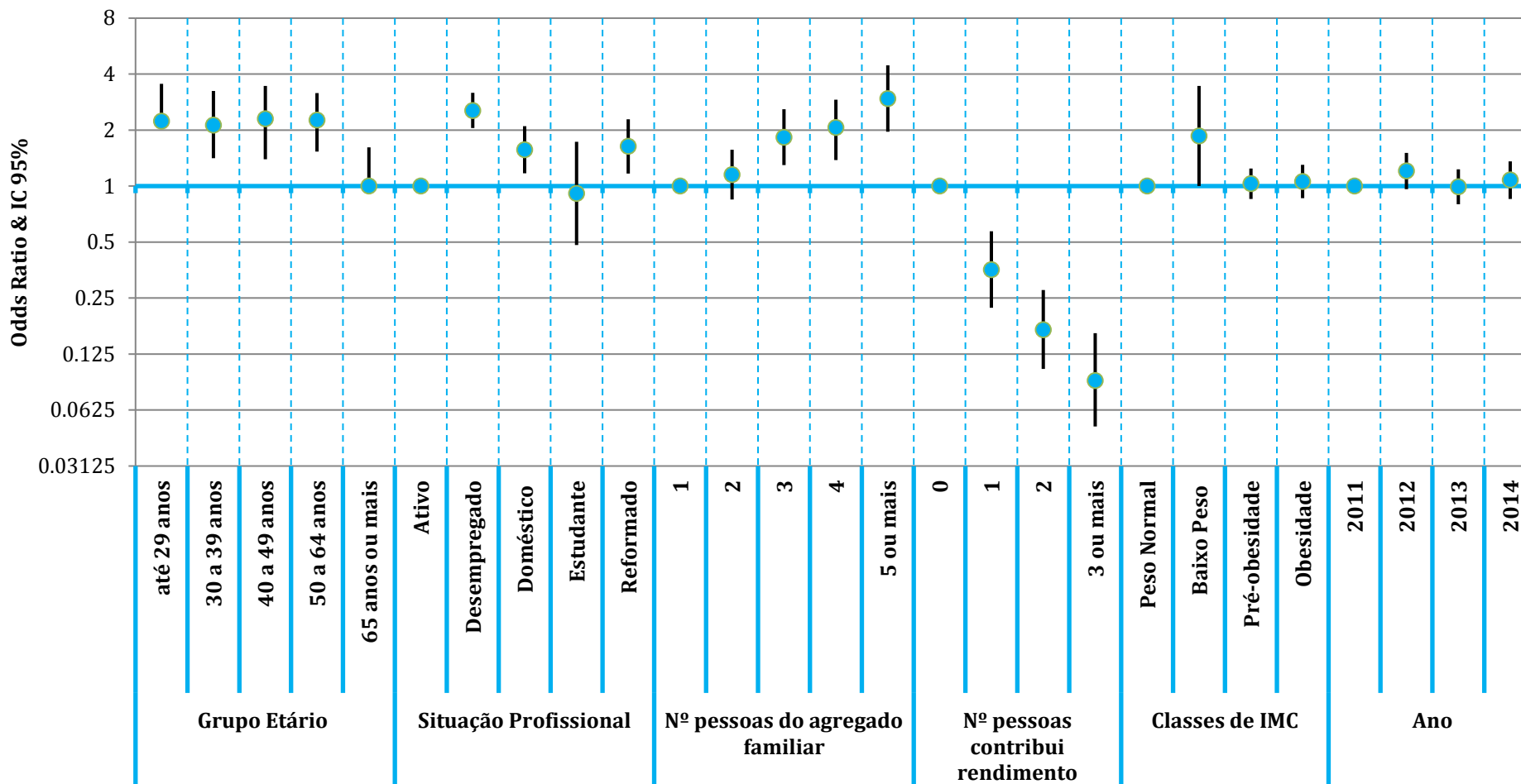


Figura 15b. Estimativas de risco para Insegurança Alimentar Moderada ou Grave (regressão logística multivariada) (N = 4872).

3.4 Aspectos adicionais relacionados com alterações ao nível da alimentação e das condições de acesso a serviços de saúde por razões económicas

Apesar da maioria dos inquiridos (71,7%) referir que “*não houve alterações no consumo de algum alimento considerado essencial, nos últimos 3 meses devido a dificuldades económicas para a sua aquisição*”, 1305 dos inquiridos (26,8%) responderam afirmativamente a esta questão (Quadro 12).

Quadro 12. Distribuição dos agregados familiares de acordo com a alteração do consumo de algum alimento considera essencial, nos últimos 3 meses, devido a dificuldades económicas (N=4872).

Referência a alteração no consumo			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Sim	26,8	25,5-28,1	1305
Não	71,7	70,4-72,9	3492
Não sabe	1,5	1,1-1,8	71
Total			4872

Quadro 13. Razões pelas quais nem sempre come o suficiente (N=4872).

“Razões pelas quais nem sempre come o suficiente”			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	23,8	22,6-25,1	1161
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	2,2	1,8-2,6	106
Está em dieta para perda de peso	6,8	6,1-7,6	332
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p. ex. falta de gás, eletricidade ou de algum eletrodoméstico)	0,9	0,7-1,3	46
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	2,5	2,0-2,9	120
Outra razão	1,9	1,5-2,3	93
Não se aplica	64,6	63,2-65,9	3146

De acordo com a perceção do inquirido acerca dos motivos pelos quais se verificaram alterações no padrão alimentar, a falta de dinheiro foi apontada como a principal razão para “nem sempre comer o suficiente” (23,8%) e para “nem sempre ter

os alimentos que quer ou precisa” (26,3%). No entanto, para a maioria dos inquiridos, estas questões não são relevantes (64,6% e 63,7%) (Quadro 13 e 14).

Quadro 14. Razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa (N=4872).

“Razões pelas quais nem sempre tem os alimentos que quer ou precisa”			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Não tem dinheiro suficiente para comprar alimentos	26,3	25,1-27,6	1281
É muito difícil ter acesso a um local de venda de alimentos	2,5	2,1-3,0	122
Está em dieta para perda de peso	5,0	4,4-5,6	242
Não tem condições para cozinhar adequadamente (p. ex. falta de gás, eletricidade ou de algum eletrodoméstico)	1,1	0,9-1,5	55
Não é capaz de cozinhar ou comer por problemas de saúde	1,5	1,2-1,9	72
Outra	1,5	1,2-1,9	72
Não se aplica	63,7	62,4-65,1	3105

Quadro 15. Prevalência de outras questões relacionadas com a saúde (N=4872).

Outras Questões			
	Prevalência (%)	IC 95%	n
Alteração nº idas ao médico das pessoas do agregado familiar			
Aumentou	7,2	6,5-8,0	353
Diminuiu	11,2	10,3-12,1	544
Não sabe	2,9	2,4-3,4	141
Sem alteração	78,6	77,4-79,8	3830
Diminuição na compra de medicamentos no agregado familiar			
Sim	20,7	19,6-21,9	1010
Não	75,7	74,5-76,9	3688
Não sabe	3,5	3,0-4,0	170
Aumento das idas ao psiquiatra e do consumo de medicamentos por ele prescritos			
Sim	6,8	6,1-7,5	330
Não	58,6	57,2-59,9	2853
Não sabe	2,9	2,4-3,4	139
Não aplicável	31,7	30,4-33,1	1546
Total			4872

Apesar de mais de metade dos agregados familiares inquiridos (78,6%) referir que não se verificou “alteração no número de idas ao médico por parte das pessoas do agregado familiar por razões de carências económicas”, a percentagem de agregados familiares que

referiu que houve diminuição (11,2%), nos três meses anteriores à entrevista, foi superior à dos que referirem um aumento (7,2%) (Quadro 15).

Quando se inquiriu sobre o "*aumento de procura de consultas e de medicação psiquiátrica*", 6,8% das famílias reportaram ter acontecido esta situação nos meses anteriores ao inquérito.

3.5 Características sociodemográficas da amostra ao longo dos quatro anos analisados

Os quadros 16 a 30 representam as características socioeconómicas e demográficas das amostras em função do ano em análise (2011, 2012, 2013 e 2014). Neste estudo, a prevalência de Insegurança Alimentar e de outras questões relacionadas com a saúde obtidas para os quatro anos em análise, foram calculadas em amostras de utentes dos Centros de Saúde, correspondendo a amostras não representativas da população. Nestes anos de avaliação verificaram-se oscilações substanciais no número de respondentes recrutados nas diferentes regiões de saúde, em especial nas regiões do Algarve e do Alentejo (Quadro 16). No que diz respeito às outras características socioeconómicas e demográficas das amostras em estudo, também se verificaram-se diferenças significativas quanto ao grau de instrução dos inquiridos (Quadro 18), quanto ao número de elementos que contribui para o rendimento do agregado familiar (Quadro 20) e quanto à nacionalidade (Quadro 21). Apesar das diferenças para as prevalências de Insegurança Alimentar ao longo dos quatro anos em análise não se terem verificado significativamente diferentes (Quadro 25), é possível que as oscilações verificadas nas características socioeconómicas e demográficas supracitadas possam ter impacto nas prevalências de Insegurança Alimentar obtidas.

Quadro 16. Distribuição da Região de Saúde dos inquiridos/agregados familiares por ano (de inquérito) (N=4872).

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014	Total
Alentejo	10,2% (120)	9,3% (112)	6,2% (86)	13,3% (147)	9,5% (465)
Algarve	14,2% (167)	4,0% (48)	14,8% (205)	11,2% (124)	11,2% (544)
Centro	23,2% (273)	28,7% (347)	24,2% (334)	16,2% (179)	23,3% (1133)
LVT	29,4% (346)	14,0% (169)	17,4% (240)	19,3% (213)	19,9% (968)
Norte	23,1% (272)	44,0% (532)	37,4% (517)	39,9% (441)	36,2% (1762)

P<0,000

Quadro 17. Distribuição do sexo dos inquiridos por ano (N=4872).

Sexo	2011	2012	2013	2014	Total
Feminino	73,9% (870)	70,4% (851)	69,9% (966)	72,6% (801)	71,6% (3488)
Masculino	26,1% (308)	29,6% (357)	30,1% (416)	27,4% (303)	28,4% (1384)
p=0,103					

Quadro 18. Distribuição do grau de instrução dos inquiridos por ano (N=4872).

Grau de instrução	2011	2012	2013	2014	Total
Ensino Básico – 1º Ciclo	26,8% (316)	27,7% (335)	23,2% (321)	20,7% (228)	24,6% (1200)
Ensino Básico – 2º Ciclo	13,4% (158)	10,1% (121)	11,9% (164)	10,9% (120)	11,6% (564)
Ensino Básico – 3º Ciclo	13,4% (158)	12,2% (147)	12,9% (178)	11,3% (125)	12,5% (608)
Ensino Secundário	23,8% (280)	22,6% (273)	24,0% (332)	27,6% (305)	24,4% (1190)
Ensino Superior	13,8% (162)	19,1% (232)	18,5% (255)	22,0% (243)	18,3% (891)
Não sabe ler nem escrever	5,0% (59)	5,0% (60)	5,1% (70)	3,8% (42)	4,7% (231)
Sabe ler sem ter frequentado a escola	3,6% (42)	2,9% (35)	4,3% (60)	3,5% (39)	3,6% (176)
Desconhecido	0,3% (3)	0,4% (5)	0,1% (2)	0,2% (2)	0,2% (12)
p=0,000					

Quadro 19. Distribuição do número de elementos do agregado familiar por ano (N=4872).

Número de elementos do agregado familiar	2011	2012	2013	2014	Total
1	9,8% (115)	10,1% (122)	11,3% (156)	9,0% (99)	10,1% (492)
2	26,6% (313)	28,4% (343)	27,6% (382)	27,9% (308)	27,6% (1346)
3	25,0% (294)	26,7% (322)	26,6% (367)	28,7% (317)	26,7% (1300)
4	25,3% (298)	23,4% (283)	23,5% (325)	23,1% (255)	23,8% (1161)
5 ou mais	13,4% (158)	11,4% (138)	11% (148)	11,3% (125)	11,8% (573)
p=0,412					

Quadro 20. Distribuição do número de pessoas que contribui para o rendimento do agregado familiar por ano (N=4872).

Número de pessoas que contribui para o rendimento do agregado familiar	2011	2012	2013	2014	Total
0	0,5% (6)	2,3% (28)	2,3% (31)	2,6% (29)	1,9% (95)
1	35,4% (417)	36,9% (446)	38,0% (525)	32,2% (356)	35,8% (1744)
2	56,2% (662)	53,0% (640)	50,6% (699)	54,3% (600)	53,4% (2601)
3 ou mais	7,9% (93)	7,8% (94)	9,1% (125)	10,8% (119)	8,9% (432)
p=0,000					

Quadro 21. Distribuição da nacionalidade dos inquiridos por ano (N=4872).

Nacionalidade	2011	2012	2013	2014	Total
Portuguesa	97,8% (1152)	99,2% (1198)	97,8% (1352)	98,9%(1091)	98,4% (4793)
Outra	2,2% (26)	0,8% (10)	2,2% (30)	1,1% (12)	1,6% (78)
p=0,007					

Quadro 22. Distribuição da existência de crianças no agregado familiar por ano (N=4872).

Existência de crianças	2011	2012	2013	2014	Total
Sim	47,9% (564)	44,3% (534)	43,3% (598)	41,7% (460)	44,3% (2157)
Não	52,1% (1614)	55,7% (673)	56,7% (784)	58,3% (644)	55,7% (2715)
p=0,020					

Quadro 23. Distribuição do grupo etário dos inquiridos por ano (N=4872).

Grupo etário	2011	2012	2013	2014	Total
Até 29 anos	13,4% (158)	12,0% (145)	11,0% (152)	11,8% (130)	12% (585)
30-39 anos	23,3% (275)	22,0% (266)	23,4% (323)	19,3% (213)	22,1% (1077)
40-49 anos	20,8% (245)	20,4% (247)	21,6% (298)	22,6% (249)	21,3% (1039)
50-64 anos	22,4% (264)	23,7% (286)	22,1% (305)	24,8% (274)	23,2% (1129)
65 anos ou mais	20,0% (236)	21,9% (264)	22,0% (304)	21,6% (238)	21,4% (1042)
p=0,290					

Quadro 24. Distribuição do IMC dos inquiridos por ano (N=4872).

IMC	2011	2012	2013	2014	Total
Baixo peso	1,4% (16)	1,6% (20)	1,5% (21)	0,7% (8)	1,3% (63)
Peso normal	36,6% (425)	38,9% (462)	40,9% (558)	39,4% (431)	39,0% (1876)
Excesso de peso	39,4% (458)	35,3% (420)	34,8% (475)	34,5% (377)	36,0% (1730)
Obesidade	22,6% (263)	24,2% (288)	22,7% (310)	25,3% (277)	23,7% (1138)
p=0,105					

Quadro 25. Distribuição das classes de Insegurança Alimentar por ano (N=4872).

Classes de Insegurança Alimentar	2011	2012	2013	2014	Total
Segurança Alimentar	51,4% (606)	50,9% (615)	49,3% (681)	54,2% (598)	51,3% (2500)
Insegurança Alimentar Ligeira	27,0% (318)	28,3% (342)	30,2% (417)	26,9% (297)	28,2% (1374)
Insegurança Alimentar Moderada	11,0% (129)	9,2% (111)	9,6% (132)	8,8% (97)	9,6% (469)
Insegurança Alimentar Grave	10,6% (125)	11,6% (140)	11,0% (152)	10,1% (112)	10,9% (529)

p=0,312

Quadro 26. Prevalência da Insegurança Alimentar por ano (N=4872).

Insegurança Alimentar	2011	2012	2013	2014	Total
Segurança Alimentar	51,4% (606)	50,9% (615)	49,3% (681)	54,2% (598)	51,3% (2500)
Insegurança Alimentar	48,6% (572)	49,1% (593)	50,7% (701)	45,8% (506)	48,7% (2372)

p=0,113

Quadro 27. Prevalência da Insegurança Alimentar Ligeira por ano (N=4872).

Insegurança Alimentar Ligeira	2011	2012	2013	2014	Total
Sim	27,0% (318)	28,3% (342)	30,2% (417)	26,9% (297)	28,2% (1374)
Não	73,0% (860)	71,7% (866)	69,8% (965)	73,1% (807)	71,8% (3498)

p=0,219

Quadro 28. Prevalência da Insegurança Alimentar Moderada por ano (N=4872).

Insegurança Alimentar Moderada	2011	2012	2013	2014	Total
Sim	11,0% (129)	9,2% (111)	9,6% (132)	8,8% (97)	9,6% (469)
Não	89,0% (1049)	90,8% (1097)	90,4% (1250)	91,2% (1007)	90,4% (4403)

p=0,315

Quadro 29. Prevalência da Insegurança Alimentar Grave por ano (N=4872).

Insegurança Alimentar Grave	2011	2012	2013	2014	Total
Sim	10,6% (125)	11,6% (140)	11,0% (152)	10,1% (112)	10,9% (529)
Não	89,4% (1053)	88,4% (1068)	89,0% (1230)	89,9% (992)	89,1% (4343)

p=0,717

Quadro 30. Prevalência da Insegurança Alimentar Moderada ou Grave por ano (N=4872).

Insegurança Alimentar Moderada ou Grave	2011	2012	2013	2014	Total
Sim	21,6% (254)	20,8% (251)	20,5% (284)	18,9% (209)	20,5% (998)
Não	78,4% (924)	79,2% (957)	79,5% (1098)	81,1% (895)	79,5% (3874)

p=0,468

3.6 Estimativas ponderadas das prevalências de Insegurança Alimentar – evolução temporal (2011-2013)

Sem Ponderação

Quadro 31. Prevalência das classes de Insegurança Alimentar e respectivos intervalos de confiança (2011-2013).

Classe de Insegurança Alimentar	2011			2012			2013		
	Prevalência		n	Prevalência		n	Prevalência		n
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Sem Insegurança Alimentar	51,6	48,7-54,4	612	50,9	48,1-53,7	619	49,3	46,6-51,9	681
Com Insegurança Alimentar	48,4	45,6-51,3	575	49,1	46,2-51,9	597	50,7	48,1-53,4	701
Insegurança Alimentar Ligeira	30,9	28,3-33,6	367	32,2	29,5-34,9	391	33,4	30,9-35,9	461
Insegurança Alimentar Moderada	11,1	9,4-13	132	8,2	6,7-9,8	99	10,1	8,6-11,8	140
Insegurança Alimentar Grave	6,4	5,1-7,9	76	8,8	7,3-10,5	107	7,2	5,9-8,7	100
Total			1187			1208			1382

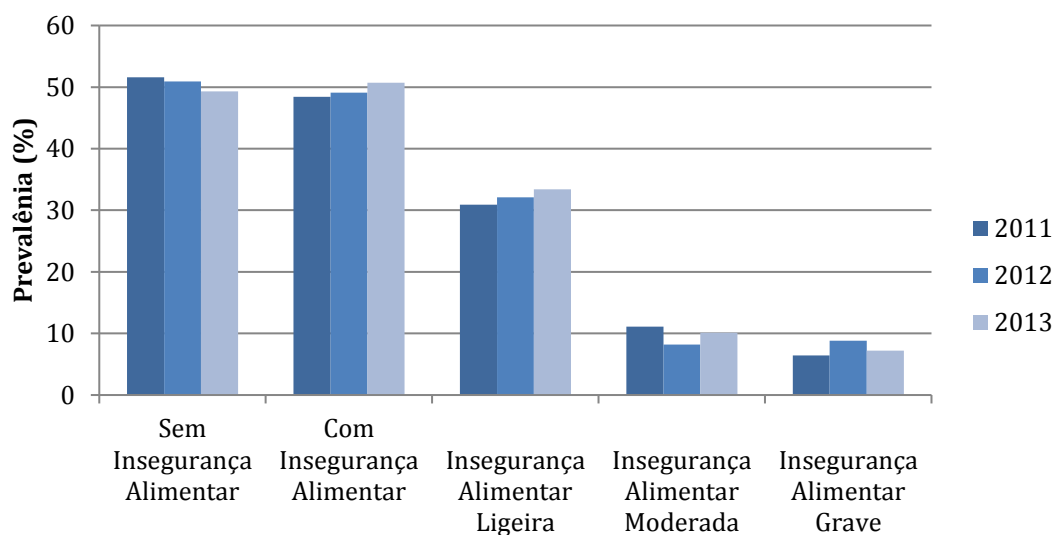


Figura 16. Prevalências das classes de Insegurança Alimentar (2011-2013).

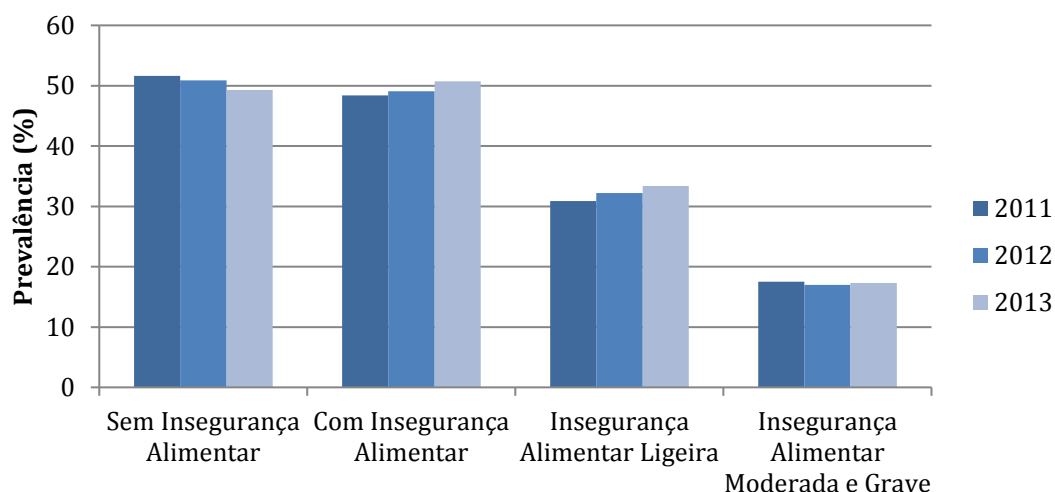


Figura 17. Prevalências de Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Moderada e Grave agrupadas) (2011-2013).

Sem ponderação os resultados obtidos mostraram que a Insegurança Alimentar (no conjunto de todos os seus níveis ou categorias: ligeira, moderada e grave) tem estado gradualmente a aumentar, tendo evoluído de 48,8% em 2011 para 50,7% em 2013. No entanto, os respetivos intervalos de confiança não permitem concluir que existam diferenças estatísticas entre os três anos (Quadro 31 e Figura 18).

Por sua vez, as subcategorias da Insegurança Alimentar apresentaram evoluções heterogêneas dignas de nota e, em alguns casos, significado estatístico.

- A Insegurança Alimentar Ligeira mostrou uma tendência crescente, tendo evoluído de 30,9% em 2011 para 33,4% em 2013;
- A Insegurança Alimentar Moderada registou um decréscimo substancial em 2012, com algum significado estatístico – é no entanto de notar as estimativas de 2011 (11,1%) e 2013 (10,1%) são próximas e os respetivos intervalos de confiança apontam no sentido destas não serem distintas;
- A Insegurança Alimentar Grave apresentou um padrão complementar (ao observado na Insegurança Alimentar Moderada), em 2012 registou um aumento substancial (fixado em 8,8%) aparentemente incompatível com os 6,4% de 2011 e os 7,2% de 2013.

Quando consideradas a Insegurança Alimentar Moderada e Grave em conjunto (Figura 2) observou-se homogeneidade ao longo dos três anos: 17,5% (15,4-19,8) em 2011; 17,0% (14,9-19,2) em 2012; e, 17,3% (15,4-19,5) em 2013. Apesar do ligeiro

decréscimo em 2012, poder-se-á dizer que a ter aumentado a Insegurança Alimentar entre 2011 e 2013 tal se deveu apenas à evolução da sua categoria mais ligeira.

Com Ponderação

Quadro 32. Prevalências ponderadas das classes de Insegurança Alimentar e respetivos intervalos de confiança – distribuição binomial (2011-2013).

Classe de Insegurança Alimentar - estimativas ponderadas pelos agregados familiares regionais (censo 2011) – cálculo com recurso à distribuição binomial									
	2011			2012			2013		
	Prevalência %	IC95%	n*	Prevalência %	95%	n*	Prevalência %	95%	n*
Sem Insegurança Alimentar	52,5	49,7-55,4	623	48,8	46,0-51,7	590	49,2	46,5-51,9	680
Com Insegurança Alimentar	47,5	44,6-50,4	564	51,2	48,3-54,0	618	50,8	48,1-53,5	702
Insegurança Alimentar Ligeira	30,8	28,2-33,5	366	33,5	30,9-36,3	405	34,1	31,6-36,6	471
Insegurança Alimentar Moderada	11,1	9,4-13,0	132	8,6	7,1-10,3	104	10,2	8,7-11,9	141
Insegurança Alimentar Grave	5,7	4,5-7,2	68	9,1	7,5-10,9	110	6,5	5,3-7,9	90
Total			1187			1208			1382

* Número esperado se a amostra tivesse sido proporcional à distribuição de agregados familiares por região (arredondamento para o inteiro mais próximo)

Quadro 33. Prevalências ponderadas das classes de Insegurança Alimentar e respetivos intervalos de confiança – análise de amostras complexas (2011-2013).

Classe de Insegurança Alimentar - estimativas ponderadas pelos agregados familiares regionais (censo 2011) – cálculo por análise de amostras complexa									
	2011			2012			2013		
	Prevalência (%)	IC95%	n	Prevalência (%)	95%	n	Prevalência (%)	95%	n
Sem Insegurança Alimentar	52,5	49,8-55,2		48,9	46,1-51,5		49,2	46,7-51,7	
Com Insegurança Alimentar	47,5	44,8-50,2		51,1	48,5-53,9		50,8	48,3-53,3	
Insegurança Alimentar Ligeira	30,8	28,3-33,3		33,4	30,9-36,1		34,1	31,8-36,6	
Insegurança Alimentar Moderada	11,1	9,5-12,9		8,7	7,2-10,4		10,2	8,7-11,9	
Insegurança Alimentar Grave	5,7	4,5-7,0		9,0	7,7-10,8		6,5	5,3-7,8	
Total			1187			1208			1382

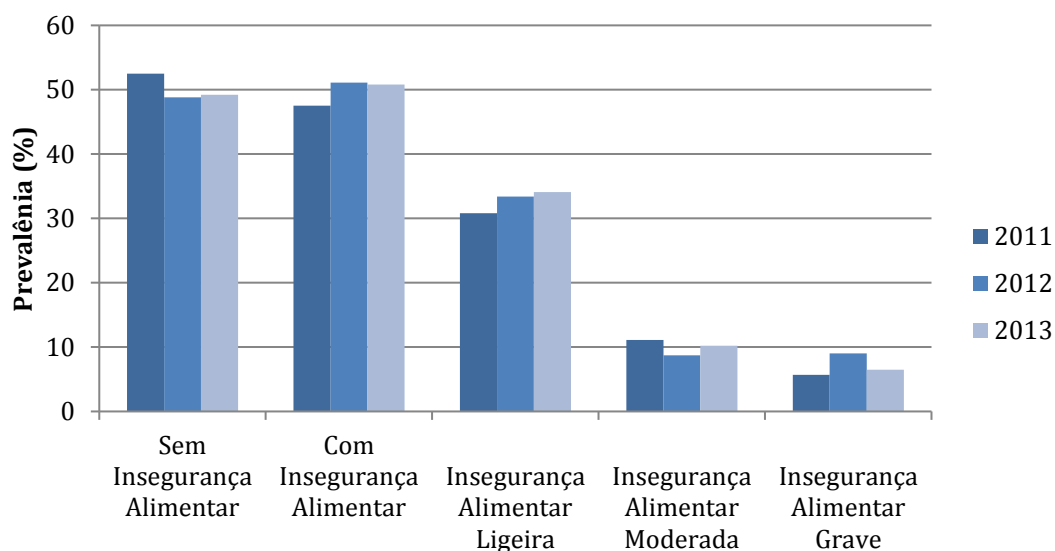


Figura 18. Prevalências ponderadas das classes de Insegurança Alimentar (2011-2013).

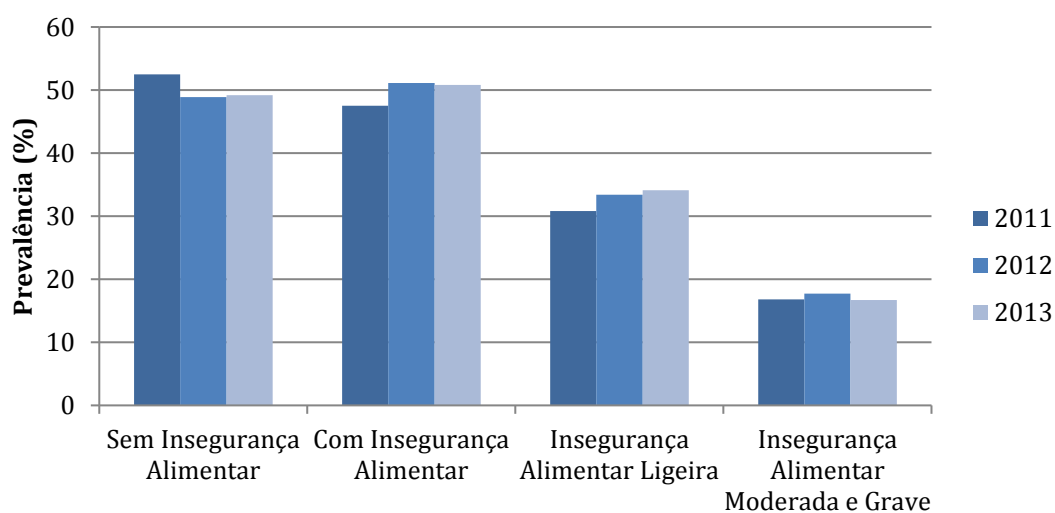


Figura 19. Prevalências ponderadas de Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Moderada e Grave agrupadas) (2011-2013).

Quando obtidos os resultados ponderados (Quadros 32 e 33) e comparando com os não ponderados (Quadro 31) verificou-se que apesar de ligeiras diferenças não se registaram incompatibilidades. As estimativas das prevalências ponderadas dos Quadros 35 ou 36 estiveram sempre nos intervalos de confiança das respetivas estimativas não ponderadas do Quadro 31 e vice-versa. Isto implica que os resultados são estatisticamente iguais embora os perfis qualitativos da Insegurança alimentar se mostrem distintos entre as duas abordagens.

4 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os dados descritos no presente relatório resultaram da compilação dos dados obtidos pelo instrumento INFOFAMÍLIA ao longo de quatro anos em análise (2011-2014). Tendo em conta algumas das limitações metodológicas deste estudo, nomeadamente no que diz respeito ao desenho amostral, considerou-se pertinente fazer uma análise comparativa entre as características socioeconómicas das diferentes amostras recrutadas, que de alguma forma possam ter influenciado as prevalências de *Insegurança Alimentar* obtidas ao longo dos quatro anos. Considerando que as amostras utilizadas no estudo INFOFAMÍLIA não são amostras representativas da população portuguesa, mas sim amostras selecionadas aleatoriamente com aplicação de questionário a cada quinto utente que se dirigiu à consulta de enfermagem do “enfermeiro sentinela”, é expectável que as diferentes amostras estudadas ao longo dos 4 anos apresentem características socioeconómicas e demográficas distintas que por sua vez possam ter impacto nas diferentes prevalências de *Insegurança Alimentar* apresentadas ao longo do tempo. Oscilações no tamanho amostral por região de Saúde foram também verificadas ao longo dos quatro anos em análise (2011-2014), pelo que se procedeu ao cálculo das estimativas das prevalências de *Insegurança Alimentar* ponderadas tendo por base a distribuição de agregados familiares por região do censo 2011.

Na amostra estudada (4872 inquiridos) foi encontrada **uma elevada prevalência de agregados familiares em situação de *Insegurança face à alimentação (48,7%)*** (28,2% para a *Insegurança Alimentar Ligeira*, 9,6% para a *Insegurança Alimentar Moderada* e 10,9% para a *Insegurança Alimentar Grave*). A *Insegurança Alimentar Ligeira* foi o grau mais prevalente, o que sugere níveis de preocupação ou incerteza relacionadas com o acesso aos alimentos ou potenciais alterações dos padrões alimentares usuais, com potencial afetação da qualidade da alimentação. Porém os restantes 20,5% dos agregados familiares em *Insegurança Alimentar*, foram classificados em *Insegurança Alimentar Moderada ou Grave*, sendo estes níveis de *Insegurança Alimentar* possíveis indicadores de uma real situação de restrição na quantidade de alimentos ingerida.

A comparação com os resultados de estudos realizados noutros países nem sempre é exequível considerando as diferentes abordagens metodológicas utilizadas; os diferentes contextos sociais, económicos, políticos e culturais dos respetivos países e o desfasamento temporal dos estudos em análise. Contudo, e para esta comparação, foram considerados os exemplos dos EUA, do Canadá e do Brasil, uma vez que as metodologias utilizadas para avaliar a situação de *Segurança Alimentar* foram muito semelhantes. Foram também considerados os dados da prevalência de *Insegurança Alimentar* da França face à sua maior proximidade no que concerne ao contexto sociopolítico Europeu.

De acordo com os dados mais recentes (2015), nos EUA verificava-se uma prevalência de 12,7% de *Insegurança Alimentar*. De 2001 a 2007, a prevalência de *Insegurança Alimentar* manteve um valor relativamente estável (cerca de 12%) tendo esta taxa aumentado drasticamente entre 2007 e 2008. Neste período verificou-se um aumento de aproximadamente 35% (de 12,2% para 16,4%) o que provavelmente poderá ter refletido o efeito da recessão económica. No entanto, desde o ano de 2014 que já se tem verificado uma tendência decrescente ^(44, 45). No Brasil, também dados referentes a 2013, evidenciaram que 22,6% dos agregados familiares estavam em situação de *Insegurança Alimentar*, correspondendo 17,1% a *Insegurança Alimentar Ligeira*, 4,6% a *Insegurança Alimentar Moderada* e 3,2% a *Insegurança Alimentar Grave* ⁽⁴⁶⁾. No Canadá, em 2014, a prevalência de *Insegurança Alimentar* foi de 12% ⁽⁴⁷⁾. A nível europeu, tal como já foi referido, poucos estudos têm sido realizados para avaliar a situação de *Segurança Alimentar*. Contudo, um estudo de abrangência nacional realizado na França (2006-2007) apontou uma prevalência de *Insegurança Alimentar* em 12% em adultos franceses ⁽⁴⁸⁾. Dados de um estudo realizado a nível Europeu, sugerem uma tendência crescente para a prevalência de *Insegurança Alimentar* nos países europeus, desde 2009, período coincidente com o início da implementação das medidas de austeridade ⁽⁴⁹⁾.

A maior prevalência de *Insegurança Alimentar* verificada em Portugal Continental, quando comparada com as prevalências para os países acima referidos, pode estar associada a duas questões que valerá a pena referir. Por um lado, a recolha de dados para este estudo coincidiu com um período de grande instabilidade económica e social em Portugal, e se pensarmos que o método de avaliação da situação de *Segurança*

Alimentar utilizado neste tipo de estudos assenta na própria percepção do inquirido face a esta condição, facilmente se poderá perceber que parte dos dados podem ter sido influenciados pelo estado de preocupação e de incerteza que tem sido vivenciado pelos indivíduos face à atual conjuntura. Por outro lado, o método de amostragem utilizado neste estudo correspondeu a uma amostra da população que recorre aos Centros de Saúde, o que contribuiu para uma não completa representatividade da amostra em relação à população portuguesa. Por fim, de referir também que no INFOFAMÍLIA os entrevistadores (enfermeiros das unidades de saúde) podem, devido a uma maior proximidade com os entrevistados, originar diferentes respostas às perguntas da escala de insegurança alimentar, comparativamente com métodos em que os entrevistadores são mais distantes do entrevistado.

Assim, considera-se difícil a comparação com outros estudos já realizados em Portugal acerca deste assunto, dadas as diferentes abordagens metodológicas utilizadas, quer no que diz respeito ao método de amostragem e de recolha de dados. Em Portugal, apesar da informação existente nesta área ser escassa, uma das primeiras abordagens a esta problemática, correspondeu ao estudo - "Uma Observação sobre Insegurança Alimentar" - realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge em 2003. Este estudo verificou uma prevalência de *Insegurança Alimentar* de 8,1% (em 8,1% dos agregados familiares o inquirido referiu diminuição do consumo de alimentos considerados básicos). Neste trabalho, a prevalência de *Insegurança Alimentar* foi estimada considerando apenas a seguinte questão: "Nos últimos trinta dias, houve na sua casa alterações no consumo de algum alimento considerado essencial (ex: leite, fruta, legumes, peixe, carne, arroz, batatas ou massa) devido a dificuldades económicas?"⁽⁴³⁾. Esta questão foi também considerada no presente estudo, tendo-se verificado que em 26,8% dos agregados familiares o inquirido referiu uma diminuição do consumo de alimentos considerados essenciais. Comparando estes dados com os obtidos no estudo "Uma Observação sobre Insegurança Alimentar" observou-se um aumento substancial da prevalência da *Insegurança Alimentar* desde 2003 (3 vezes superior). Por outro lado, a prevalência de *Insegurança Alimentar* encontrada no presente estudo também se verificou mais elevada, comparativamente aos resultados obtidos através da análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, no qual se verificou uma prevalência

de *Insegurança Alimentar* de 17%) ⁽⁵⁰⁾. Porém, vale a pena salientar que a comparação destes dados deve ser interpretada de forma cautelosa, considerando os diferentes períodos nos quais os estudos foram realizados, bem como as diferentes metodologias utilizadas.

O presente estudo também sugere um conjunto de fatores socioeconómicos e demográficos que parecem estar associados com a situação de *Insegurança Alimentar* dos agregados familiares.

A nível demográfico, os dados revelam que os agregados familiares pertencentes à Região de Saúde do Algarve apresentam para todos os níveis estudados, à exceção da *Insegurança Alimentar Ligeira*, um risco aumentado comparativamente aos agregados familiares da Região do Norte. Para a Região de Lisboa e Vale do Tejo, também se verificou um risco aumentado para a *Insegurança Alimentar*, à exceção da *Insegurança Alimentar Ligeira*. Contrariamente, os agregados familiares residentes na Região de Saúde do Centro mostraram-se protegidos para os graus mais extremos da *Insegurança Alimentar* e os agregados familiares do Alentejo mostram-se protegidos para o Algum grau de *Insegurança Alimentar* e para a *Insegurança Alimentar Ligeira*. A nível socioeconómico os dados demonstram que:

- Os agregados familiares cujos inquiridos não sabem ler nem escrever e os agregados familiares dos inquiridos que sabem ler e escrever sem ter frequentado a escola, apresentaram um risco aumentado para a todos os níveis de *Insegurança Alimentar*, à exceção da *Insegurança Alimentar Ligeira*; por outro lado, os agregados familiares dos inquiridos com o Ensino Superior, Ensino Secundário e 3º Ciclo do Ensino Básico, mostraram-se protegidos para a *Insegurança Alimentar*;
- Os agregados familiares com crianças apresentaram um risco aumentado para a *Insegurança Alimentar Moderada*, porém mostraram-se protegidos para a *Insegurança Alimentar Grave*;
- Comparando com os agregados familiares dos inquiridos ativos, os agregados familiares em situação de desemprego ou na categoria profissional “Doméstico” apresentaram um risco aumentado para a *Insegurança Alimentar*; também os agregados familiares dos inquiridos reformados apresentaram um

risco aumentado para a *Insegurança Alimentar Moderada ou Grave* e para a *Insegurança Alimentar Grave*;

- De um modo geral, o risco de *Insegurança Alimentar* aumentou à medida que aumentou o número de elementos do agregado familiar; para o nível mais grave da *Insegurança Alimentar (Insegurança Alimentar Grave)* esta tendência inverteu-se, no entanto não se verificou significado estatístico;
- Para todos os níveis de *Insegurança Alimentar* em análise, à exceção da *Insegurança Alimentar Grave*, verificou-se um menor risco para os agregados familiares que possuem um maior número de elementos a contribuir para o rendimento familiar.

De referir que para a *Insegurança Alimentar Ligeira* verificaram-se resultados menos consistentes, relativamente à sua associação com as variáveis socioeconómicas. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que este nível de *Insegurança Alimentar* pode apenas corresponder a uma situação em que existe uma preocupação ou incerteza face ao acesso aos alimentos no futuro, pelo que não existe um padrão tão linear no que diz respeito aos fatores socioeconómicos associados a esta condição.

Assim, os determinantes da *Insegurança Alimentar* apresentados neste estudo sugerem uma forte associação entre os indivíduos de nível socioeconómico mais baixo e a situação de *Insegurança Alimentar*. A identificação dos **determinantes da *Insegurança Alimentar*** na amostra estudada é essencial, pois permite compreender melhor as características dos agregados familiares que os tornam mais suscetíveis de ser afetados pelo problema da *Insegurança Alimentar* e ao mesmo tempo porque permite ajudar a delinear possíveis intervenções no sentido de reduzir a prevalência de *Insegurança Alimentar*. Refletindo sobre os determinantes da *Insegurança Alimentar* apresentados neste estudo, existe uma associação forte entre os indivíduos de nível socioeconómico mais baixo e a situação de *Insegurança Alimentar*. De facto, o rendimento do agregado familiar tem sido frequentemente identificado como o principal determinante da *Insegurança Alimentar*. Um estudo realizado nos EUA sugeriu que os agregados familiares com um rendimento abaixo da linha de pobreza possuem um risco 3,5 vezes mais elevado para a situação de *Insegurança Alimentar* comparativamente aos agregados familiares com um rendimento acima da linha de pobreza ⁽⁵¹⁾. No nosso estudo, apesar da variável rendimento não ter sido avaliada, a situação profissional pode

ser considerada como um indicador indireto relacionado. Tal como seria de esperar, de acordo com a estreita associação entre o emprego e o rendimento, vários estudos evidenciam um risco aumentado para a situação de *Insegurança Alimentar* nos indivíduos em situação de desemprego. Mais ainda, esta associação apresenta-se mais fortemente associada quando esta situação de desemprego foi despoletada recentemente ⁽⁵²⁾. Neste sentido, vários estudos têm apontado para a importância que situações inesperadas de carência económica, como por exemplo o desemprego súbito, possuem no sentido de tornarem os indivíduos mais vulneráveis à situação de *Insegurança Alimentar*. Outro estudo Norte-americano, verificou que 37,5% dos agregados familiares que se encontrava em situação de *Insegurança Alimentar* tinham passado nos últimos 8 meses por uma situação de desemprego, por uma situação de perda de subsídios sociais ou de programas de assistência alimentar, ou ainda por uma situação de aumento do número de elementos do agregado familiar, comparativamente a apenas 16,9% dos agregados em *Insegurança Alimentar* em que nenhuma destas situações tinha ocorrido ⁽⁵¹⁾.

O nível educacional, tal como os resultados encontrados no presente estudo, tem sido frequentemente considerado como um importante fator associado à *Insegurança Alimentar*. Kaiser e seus colaboradores (2007) constataram que os indivíduos do sexo feminino com um nível de escolaridade inferior a 12 anos de estudo possuíam um risco 2 vezes superior de *Insegurança Alimentar* ⁽⁵³⁾. O impacto que a literacia tem na *Insegurança Alimentar* parece ser crucial, nomeadamente na influência que pode ter no processo de compra e de preparação dos alimentos. Importa também salientar que a prática de uma alimentação saudável quando o orçamento disponível é baixo requer algum conhecimento e competências ao nível de gestão e também ao nível da nutrição e da confeção de alimentos. Também nesta área vários estudos têm sido conduzidos, nos quais a falta de conhecimento na área da nutrição e de competências na confeção de alimentos tem sido proposta como um dos principais favorecedores da *Insegurança Alimentar*. Um estudo realizado no Canadá, verificou que os indivíduos que reportavam poucas competências na preparação de alimentos, possuíam um risco oito vezes superior de *Insegurança Alimentar*, comparativamente aos agregados familiares que possuíam um conhecimento mais elevado ⁽⁵⁴⁾. Para além das competências relacionadas com a confeção de alimentos, também as competências na área da gestão podem ter um forte impacto na *Insegurança Alimentar*. Neste sentido, poder-se-á constatar que o

investimento na educação alimentar, na gestão de bens alimentares e nas competências culinárias deverá ser uma estratégia preponderante para mitigar o problema da *Insegurança Alimentar* em Portugal.

Supõe-se também que, as regiões do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo possam ter particularidades, que em parte, poderão justificar esta maior prevalência de *Insegurança Alimentar*, comparativamente às outras regiões do país. Por um lado, estas duas regiões do país apresentam um elevado número de populações imigrantes, populações em que se reconhece uma maior vulnerabilidade à situação de *Insegurança Alimentar*. Poder-se-á também admitir por hipótese que a estrutura económica, física e social pode contribuir para uma certa instabilidade na situação de emprego desta região (emprego maioritariamente sazonal por exemplo no Algarve). Por outro lado, um forte afastamento da população perante a produção agrícola poderá também estar associado a uma maior vulnerabilidade para a situação de *Insegurança Alimentar*. Alguns estudos sustentam as hipóteses aqui consideradas. Por um lado alguns estudos evidenciam que o isolamento social está associado positivamente à situação de *Insegurança Alimentar* em indivíduos do sexo feminino (OR = 5,8; IC95% 2,7-12,5) ⁽⁵⁵⁾. Nos EUA existe alguma evidência científica que permite identificar as zonas urbanas como zonas de risco para a *Insegurança Alimentar*, justificada pelo impacto que a localização geográfica poderá ter no preço dos alimentos, no acesso aos supermercados e no acesso a produtos frescos a um preço acessível ⁽⁵²⁾.

No que concerne aos determinantes da *Insegurança Alimentar*, os resultados do estudo “Uma Observação sobre Insegurança Alimentar” também corroboram os resultados aqui apresentados. Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas nos indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar*, de acordo com as variáveis de caracterização do agregado familiar, foram detetadas algumas tendências evidenciadas por valores percentuais mais elevados de *Insegurança Alimentar* para os agregados familiares numerosos (4 ou mais elementos) e para famílias com um menor número de elementos a contribuir para o orçamento familiar ⁽⁴³⁾. No que diz respeito aos resultados obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, verificou-se uma associação positiva entre *Insegurança Alimentar* e os indivíduos do sexo feminino, os indivíduos desempregados, mais jovens, com um menor nível educacional, com um menor rendimento. Neste estudo, o nível educacional apresentou-se como a

principal característica socioeconómica associada a um maior risco de *Insegurança Alimentar* ⁽⁵⁰⁾. Mais uma vez, salienta-se que estas comparações devem ser analisadas de forma cuidadosa.

A *Insegurança Alimentar* surge como um importante problema de saúde pública, uma vez que esta situação tem sido apontada como um fator de risco para o estado de saúde da população. Vários estudos têm demonstrado que a *Insegurança Alimentar* é um importante fator de risco para as doenças crónicas, sendo que os indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* possuem um risco aumentado para o desenvolvimento de diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemias, doenças cardiovasculares e obesidade ^(29, 56, 57). Sabe-se também que as implicações da *Insegurança Alimentar* vão além da dimensão física da saúde, podendo afetar as suas outras dimensões - saúde mental e social ⁽⁵⁸⁾. Ainda no que diz respeito à associação entre a *Insegurança Alimentar* e o estado de saúde, alguns estudos referem que os indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* são mais suscetíveis ao incumprimento de terapêuticas farmacológicas ⁽⁵⁹⁾.

As particularidades associadas ao consumo alimentar dos indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* parece ser um importante mediador nesta associação. Os resultados de estudos que avaliam o consumo alimentar de indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* apontam para que, nestes grupos populacionais, exista um padrão de consumo alimentar menos consistente com as recomendações para uma alimentação saudável, incluindo uma alimentação menos variada, uma menor ingestão de fruta e hortícolas e, de um modo geral, uma alimentação nutricionalmente inadequada, o que se pode repercutir na deficiência de micronutrientes ^(51, 60). *Drewnowski e Specter* (2004) sugerem que os indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* possuem um consumo mais elevado de alimentos com elevada densidade energética e de baixo valor nutricional, o que por sua vez pode estar associado ao menor custo destes alimentos ⁽⁶¹⁾. *Darmon* e seus colaboradores (2011) também encontraram um menor consumo de fruta, hortícolas, laticínios e peixe, e por outro lado um maior consumo de produtos açucarados, nomeadamente refrigerantes nos indivíduos em situação de *Insegurança Alimentar* em França ⁽⁴⁸⁾.

Os diferentes perfis encontrados no que diz respeito à classe de IMC do inquirido, parecem fazer sentido. Verificou-se um risco aumentado para *Algum Grau de Insegurança Alimentar* e para a *Insegurança Alimentar Ligeira* nos agregados familiares dos inquiridos com pré-obesidade, podendo esta situação corresponder a uma situação em que existe um comprometimento da qualidade da alimentação sem que haja ainda restrições ao nível da quantidade. Já para os níveis mais extremos da *Insegurança Alimentar* esta associação parece mais forte para os agregados familiares dos inquiridos com baixo peso. Efetivamente, os níveis mais extremos da *Insegurança Alimentar* já são acompanhados de restrições na quantidade de alimentos consumida.

No que diz respeito aos aspetos adicionais relacionados com a alimentação ou com a crise económica avaliados no estudo INFOFAMÍLIA, verificou-se que cerca de 26,8% dos inquiridos referiu que “nos últimos 3 meses houve alteração no consumo de algum alimento considerado essencial devido a dificuldades económicas para a sua aquisição”. De acordo com a perceção do inquirido acerca dos motivos pelos quais se verificaram alterações no padrão alimentar, a falta de dinheiro foi apontada como a principal razão para “nem sempre comer o suficiente” (23,8%) e para “nem sempre ter os alimentos que quer ou precisa” (26,3%). De acordo com estes resultados, verifica-se que uma maior percentagem de inquiridos reporta alterações ao nível dos padrões alimentares.

Este estudo procurou também identificar outras questões de saúde que podem estar relacionadas com as condições económicas dos agregados familiares. Apesar de mais de metade dos agregados familiares inquiridos (78,6%) referir que não se verificou “alteração no número de idas ao médico por parte das pessoas do agregado familiar por razões de carências económicas”, cerca de 11,2% dos agregados familiares referiu que houve diminuição nos três meses anteriores à entrevista. Quando se inquiriu sobre o “aumento de procura de consultas e de medicação psiquiátrica”, 6,8% das famílias deram conta desta alteração nos meses anteriores ao inquérito.

No que diz respeito às estimativas das prevalências de *Insegurança Alimentar* ponderadas, verificou-se que os dados ponderados são genericamente muito semelhantes aos não ponderados. Porém, a diferença mais notória é que os resultados de 2013 mostram-se mais semelhantes aos de 2012 do que no caso não ponderado.

Assim, a *Insegurança Alimentar* (conjunto de todas as suas categorias) terá aumentado sobretudo de 2011 para 2012 – sem que se possa dizer que esse aumento tenha significado estatístico –, e em 2013 observou-se um, quase impercetível, decréscimo.

Também recorrendo à ponderação, as subcategorias da *Insegurança Alimentar* mostraram evoluções heterogêneas ao longo dos três anos:

- A *Insegurança Alimentar Ligeira* mostrou uma tendência crescente embora a estimativa de 2013 esteja bastante próxima da de 2012;
- A *Insegurança Alimentar Moderada* mostrou a mesma alteração de acréscimo em 2012 – com aparente significado estatístico (a estimativa de 2011, 11,1% não está no intervalo de confiança da estimativa de 2012) –, observou-se ligeiro decréscimo de 2011 para 2013 mas sem significado estatístico;
- A *Insegurança Alimentar Grave* também, neste caso, mostrou um padrão complementar com um aumento notório em 2012 – 9,0% – contra 5,7% de 2011 e 6,5% de 2013.

Quando se consideraram as classes de *Insegurança Alimentar Moderada e Grave* agrupadas verificou-se também uma grande homogeneidade ao longo dos três anos – verificando-se aqui o oposto do observado nos dados não ponderados –, 2011 teve um ligeiro aumento de *Insegurança Alimentar Moderada e Grave* comparativamente com os anos de 2011 e 2013: 16,8% (14,8-19,1) em 2011; 17,8% (15,7-20,0) em 2012; e, 16,7% (14,8-18,8) em 2013.

As duas metodologias estatísticas usadas para determinar os intervalos de confiança para as prevalências de *Insegurança Alimentar* produziram resultados muito idênticos (Quadros 32 e 33), mostrando-se indiferente considerar uma ou outra abordagem para este efeito.

O recurso à ponderação levada a cabo não trouxe resultados substancialmente distintos daqueles obtidos na abordagem não ponderada. No entanto, numa perspetiva qualitativa mostrou que o perfil evolutivo do fenómeno da *Insegurança Alimentar* pode ser distinto daquele que a abordagem não ponderada indica: a *Insegurança Alimentar* está a aumentar gradualmente sobretudo à custa da sua subcategoria mais ligeira. Ou seja, a abordagem ponderada sugere que 2012 poderá ter registado a maior *Insegurança Alimentar* e que 2013 aponta para o atenuar do

fenómeno; embora não seja de negligenciar o pequeno incremento, da *Insegurança Alimentar Ligeira*, ainda observado em 2013.

Na tentativa de perceber a evolução do fenómeno da *Insegurança Alimentar* ao longo do tempo, é importante olhar para as questões sociais, económicas e políticas nas quais Portugal se insere. A taxa de risco de pobreza manteve-se relativamente estável desde 2008 e até 2011, epicentro da crise financeira internacional que conduziu Portugal à atual situação económica. Porém, durante o período de 2011 a 2013 verificou-se uma tendência crescente para a taxa de risco de pobreza, atingindo o valor de 19,5% no ano de 2013. Também a desigualdade na distribuição do rendimento aumentou neste período em Portugal. O coeficiente de Gini em termos percentuais foi de 34,5% em 2013 em comparação com 33,7% em 2009 ⁽⁶⁾.

Face à situação económica de Portugal existente, no final do ano de 2011 surgiram medidas governamentais na tentativa de minorar o impacto social da crise económica em Portugal, nomeadamente o Programa de Emergência Social. Este programa governamental teve início em outubro de 2011 e englobou também medidas com o objetivo de garantir o acesso a refeições diárias gratuitas a pessoas que se encontrem numa situação extrema de vulnerabilidade socioeconómica – Programa de Emergência Alimentar – com a implementação de uma Rede Solidária de Cantinas Sociais. Para além do Programa de Emergência Alimentar, este programa também pretende promover o voluntariado por parte das Instituições Particulares de Solidariedade Social, nomeadamente através de ações de assistência alimentar ⁽⁷⁾. É possível que estas medidas possam ter tido um impacto positivo na diminuição dos níveis mais graves de Insegurança Alimentar (moderado e grave) observados em 2013, que terão apresentado o seu pico máximo no ano de 2012. Ficou de facto evidente que, em 2012, os respondentes tiveram uma atitude distinta relativamente à *Insegurança Alimentar* nas suas formas mais extremas (moderada e grave) do que a registada em 2011 e 2013 que foi aparentemente idêntica. Esta possibilidade não invalida a necessidade de melhorar a qualidade da ajuda alimentar nestas situações, na medida em que “remediar” situações mais graves não significa necessariamente promover a saúde destas populações no futuro.

Fica, no entanto, por perceber se se tratou de um fenómeno com significado social circunscrito ao ano de 2012 ou de uma qualquer outra anomalia – difícil de identificar já que não pareceu ter surgido em qualquer outro fenómeno abordado no estudo.

A elevada prevalência de *Insegurança Alimentar* encontrada neste estudo reforça a importância de considerar esta problemática como um dos principais desafios de saúde pública em Portugal. Fica aqui evidente que a implementação de estratégias que visem assegurar a segurança alimentar das famílias portuguesas é uma necessidade premente.

Estamos em crer que a definição e a implementação de uma estratégia nacional de segurança alimentar, integrada na política alimentar nacional, deve englobar um conjunto de medidas que permitam: 1) a capacitação dos cidadãos para escolhas alimentares saudáveis, através, entre outras, da aprendizagem para uma adequada gestão do rendimento familiar; 2) o enquadramento das questões relacionadas com a qualidade nutricional nos programas de assistência alimentar governamentais e não-governamentais e nas diversas políticas de apoio a populações em risco; 3) a criação de ambientes promotores de uma alimentação saudável, promovendo a disponibilidade de alimentos de boa qualidade nutricional e ao mesmo tempo acessíveis do ponto de vista económico; e por último 4) a formação de profissionais de saúde e de equipas multidisciplinares com capacidade de compreenderem e serem capazes de atuar sobre os determinantes de vulnerabilidade alimentar e de atenuar as suas consequências.

Algumas destas medidas foram entretanto inseridas, de uma forma genérica, e desde 2012, nos modelos de trabalho do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), um programa prioritário conduzido pela Direção-Geral da Saúde.

Embora este estudo apresente relações notoriamente consistentes entre os determinantes socioeconómicos e a ocorrência de *Insegurança Alimentar* em Portugal Continental, é de realçar que se trata de uma amostra, e por isso apenas é possível

verificar associações e não um processo de causalidade. No entanto, o estudo pode ser um recurso valioso e eficiente para revelar as especificidades do fenómeno complexo da *Insegurança Alimentar* e permitir a elaboração de políticas públicas que pretendam lidar com este problema em Portugal. Sugere-se que outros estudos de avaliação e monitorização sejam realizados, para que desta forma se possa estudar profundamente o fenómeno da *Insegurança Alimentar* e a sua causalidade socioeconómica e demográfica, a fim de esclarecer as lacunas ainda presentes em relação a essa problemática.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO RECOMENDAÇÕES METODOLÓGICAS

O presente estudo tem limitações, quer na abordagem teórica quer na metodologia utilizada, de que destacamos a não existência de estudos sobre a temática em estudo. A utilização das escalas psicométricas de avaliação da *Insegurança Alimentar* apesar das suas vantagens enquanto método de avaliação direta, possuem algumas limitações que devem ser consideradas. Sendo esta metodologia uma medida subjetiva de avaliação da situação de *Segurança Alimentar* devem ser considerados os possíveis vieses nas respostas por parte dos inquiridos. Outras limitações inerentes ao método de amostragem devem ser salientadas. A metodologia de amostragem, atendendo que para a amostra foi apenas considerado o setor da população que recorre ao Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente aos Centros de Saúde, é uma clara limitação deste estudo. A não completa representatividade nacional da amostra não permite que estes indicadores constituam um suporte de inferências para toda a população portuguesa. É assim possível que a prevalência de *Insegurança Alimentar* encontrada esteja sobrestimada, tendo em conta que se utilizou o sector da população que recorrer ao Serviço Nacional de Saúde.

Para além disso, a aplicação deste inquérito não foi limitada aos indivíduos que referissem não serem o elemento responsável pelo agregado familiar. Porém quando se questionou aos inquiridos se eram responsáveis pela compra e confeção dos alimentos, foi encontrada uma elevada percentagem de respostas afirmativas, cerca de 86,9%

referiram ser os responsáveis pela compra e cerca de 81,7% referiram ser os responsáveis pela confeção dos alimentos.

Recomenda-se ainda a monitorização contínua da situação de *Segurança Alimentar* na população portuguesa, utilizando a mesma metodologia aqui apresentada, de modo a permitir fazer um desenho temporal da evolução desta problemática, e que ao mesmo tempo permita que ao nível dos cuidados de saúde e de proteção social exista conhecimento sobre as populações em risco e seus determinantes. De futuro, serão também necessários novos estudos na área da insegurança alimentar, que sejam realizados em amostras representativas da população portuguesa e que incluam as regiões autónomas dos Açores e da Madeira. Serão também necessários estudos que permitam avaliar na população portuguesa a relação entre a insegurança alimentar, a alimentação e o estado de saúde dos indivíduos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014-2020. Copenhagen; 2013.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen; 2011. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen; 2013. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf.
4. European Commission. Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels; 2010. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>.
5. ULC Institute of Health Equity. Health inequalities in the EU - Final report of a consortium Consortium lead: Sir Michael Marmot. European Commission Directorate-General for Health and Consumers, ; 2013. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.
6. United Nations. Report of the World Food Conference, Rome, 5-16 November 1974. New York; 1975. [atualizado em: November 1974].
7. Food and Agriculture Organization of the United Nations. World Food Security: a Reappraisal of the Concepts and Approaches. Rome: Director General's Report; 1983.
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. World Food Summit. Rome, Italy; 1996. 13-17. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.htm>.
9. World Bank. Poverty and Hunger: Issues and Options for Food Security in Developing Countries. Washington DC; 1986.
10. FAO. The State of Food Insecurity in the World 2001. Rome; 2002.
11. Frongillo EA. Validation of Measures of Food Insecurity and Hunger. The Journal of Nutrition. 1999; 129:506S-09S.
12. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM. Food insecurity measurement and indicators. Rev Nutr. 2008; 21:15s-26s.
13. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Measuring Food Security in the United States: Guide to measuring household food security. USA: USDA, Office of Analysis, Nutrition and evaluation; 2000.
14. Rose D, Basiotos PP. Improving federal efforts to assess hunger and food insecurity. Food Review. 1995; 18(1):18-23.
15. Radimer K. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutrition. 2006; 5(6A):859-64.
16. Radimer KL, Olson CM, Greene JC, Campbell CC, Habicht JP. Understanding hunger and developing items to assess it in women and children. J. Nutr. Ed. . J Nutr. 1992; 24:36S-44S.
17. Studdert LJ, Frangillo EA, Valois P. Household food insecurity was prevalent in Java during Indonesia's economic crisis. J Nutr. 2001; 131(10):2685-91.
18. Pérez-Escamilla R, Ferris AM, Drake L, Haldeman L, Peranick J, Camobell M. Food stamps are associated with food security and dietary intake of inner-city preschoolers from Hartford. J Nutr. 2000; 130(11):2711-77.
19. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Maranhã LK, Sampaio MFA, Marín-León L, Panigassi G. An adapted version of the U. S. Departement of Agriculture Food Insecurity

Module Is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr.* 2004; 134:1923-28.

20. Segall-Corrêa AM, Perez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MF, Marin L, Panigassi G. Insegurança Alimentar em Campinas, Inquérito Base Populacional - Relatório de Pesquisa. Campinas, SP; 2003.

21. Kneuppel D, Demment M, Kaiser L. Validation of the Household Food Insecurity Access Scale in rural Tanzania. *Public Health Nutrition.* 2009; 13(3):360-67.

22. Shoae NZ, Omidvar N, Ghazi-Tabatabaie M, Rad AH, Fallah H, Mehrabi Y. Is the adapted Radimer/Cornell questionnaire valid to measure food insecurity of urban households in Tehran, Iran? *Public Health Nutrition.* 2007; 10(8):855-61.

23. Mohammadi F, Omidvar N, Houshiar-Rad A, Khoshfetrat M-R, Abdollahi M, Mehrabi Y. Validity of an adapted Household Food Insecurity Access Scale in urban households in Iran. *Public Health Nutrition.* 2011; 15(1):149-57.

24. Hackett M, Melgar-Quinonez H, Uribe MCA. Internal validity of a household food security scale is consistent among diverse populations participating in a food supplement program in Colombia. *BMC Public Health.* 2008; 8(175)

25. Webb P, Coates J, Frongillo EA, Rogers BL, Swindale A, Bilinsky P. Measuring Household Food Insecurity: Why It's So Important and Yet So Difficult to Do. *The Journal of Nutrition.* 2009:1404S-08S.

26. Cook JT, Frank DA, Berkowitz C, Black MM, Casey PH, Cutts DB, et al. Food insecurity is associated with adverse health outcomes among human infants and toddlers. *J Nutr.* 2004; 134(6):1432-8.

27. Cook JT, Frank DA, Casey PH, Rose-Jacobs R, Black MM, Chilton M, et al. A brief indicator of household energy security: associations with food security, child health, and child development in US infants and toddlers. *Pediatrics.* 2008; 122(4):e867-75.

28. Eicher-Miller HA, Mason AC, Weaver CM, McCabe GP, Boushey CJ. Food Insecurity is Associated with Iron Deficiency Anemia in U.S. Adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition.* 2009; 90:1358-71.

29. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *The Journal of Nutrition.* 2010; 140(2):304-10.

30. Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, Gossett JM, Robbins JM, Simpson PM, et al. Household Food Insecurity Is Associated with Adult Health Status. *The Journal of Nutrition.* 2004; 134:2330-35.

31. Dinour LM, Bergen D, Yeh M-C. The Food Insecurity-Obesity Paradox: A Review of the Literature and the Role Food Stamps May Play. *Journal of the American Dietetic Association.* 2007; 107(11):1952-60.

32. Gundersen C, Kreider B, Pepper J. The Economics of Food Insecurity in the United States. *Applied Economic Perspectives and Policy.* 2011; 33(3):281-303.

33. Seligman HK, Bindman AB, Vittinghoff R, Kanaya AM, Kushel MB. Food Insecurity is Associated with Diabetes Mellitus: Results from the National Health Examination and Nutritional Examination Survey 1999–2002. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(7):1018-23.

34. Galobardes B, Morabia A, Bernstein MS. Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter? *International Journal of Epidemiology.* 2001; 30:334-40.

35. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *American Journal of Clinical Nutrition.* 2008; 87:1107-17.

36. Drewnowski A. The role of energy density. *Lipids.* 2003; 38:109-15.

37. Maillot M, Darmon N, Vieux F, Drewnowski A. Low energy density and high nutritional quality are each associated with higher diet costs in French adults. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2007; 86:690-6.

38. Irala-Estévez JD, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martínez-González MA. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *Journal of Clinical Nutrition.* 2000; 54:706-14.

39. Whitaker RC, Philips SM, Orzol SM. Food Insecurity and the Risks of Depression and Anxiety in Mothers and Behavior Problems in their Preschool-Aged Children. *Pediatrics*. 2006; 118(3):e859-e68.
40. Graça P, Gregório MJ. A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. *Nutricias*. 2013; 18:26-29.
41. Instituto Nacional de Estatística. Alojamentos familiares clássicos de residência habitual (N.º) por Localização geográfica (à data dos Censos 2011) e Regime de ocupação; Decenal. 2013. [citado em: 22/8/2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006338&contexto=bd&selTab=tab2.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009. Rio de Janeiro; 2010.
43. Branco MJ, Nunes B, Cantreiras T. Uma Observação sobre "Insegurança Alimentar". Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; 2003.
44. Coleman-Jensen A, Nord M, Singh A. Household Food Security in the United States in 2012, ERR-155. U. S. Department of Agriculture ERS. 2013.
45. Coleman-Jensen A, Rabbitt MP, Gregory CA, Singh A. Household Food Security in the United States in 2015, ERR-215, U.S. Department of Agriculture, Economic Research Service. 2016
46. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar PNAD 2013. 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000020112412112014243818986695.pdf>.
47. Tarasuk V, Mitchell A, Dachner N. Household food insecurity in Canada, 2014. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Retrieved from <http://proof.utoronto.ca/>. 2006
48. Darmon N, Vieux F, Bocquier A, Caillavet F. Food and nutrient intakes of food insecure people in France. *Annals of Nutrition & Metabolism*. 2011; 53(suppl 3):177.
49. Loopstra R, Reeves A, Stuckler D. Rising food insecurity in Europe. *The Lancet*. 2015; 385(9982)
50. Álvares LMM. Factors associated with food insecurity in the Portuguese population. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto; 2013.
51. Rose D. Economic Determinants and Dietary Consequences of Food Insecurity in the United States. *The Journal of Nutrition*. 1999; 129:517S-20S.
52. Gorton D, Bullen CR, Mhurchu CN. Environmental influences on food security in high-income countries. *Nutrition Reviews*. 2009; 68(1):1-29.
53. Kaiser L, Baumrind N, Dumbauld S. Who is food-insecure in California? Findings from the California Women's Health Survey, 2004. *Public Health Nutrition*. 2007; 10:574-81.
54. Broughton MA, Janssen PS, Hertzman C, Innis SM, Frankish CJ. Predictor and outcomes of household food insecurity among inner city families with preschool children in Vancouver. *Can J Public Health*. 2006; 97:214-16.
55. Tarasuk VS. Household food insecurity with hunger is associated with women's food intakes, health and household circumstances. *J Nutr*. 2001; 131:2670-76.
56. Selignam HA, Bindman AB, Vittinghoff E, Kanaya AM, Kushel MB. Food Insecurity is Associated with Diabetes Mellitus: Results from the National Health Examination and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2009. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(7):1018-23.
57. Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, Gossett JM, Robbins JM, Simpson PM, et al. Household food insecurity is associated with adult health status. *The Journal of Nutrition*. 2004; 134(9):2330-5.
58. Vozaris NT, Tarasuk VS. Household Food Insufficiency is Associated with Poorer Health. *The Journal of Nutrition*. 2003; 113(1):120-26.

59. Hampton T. Food insecurity harms health, wellbeing of millions in the United States. JAMA. 2007; 298:1851-53.
60. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: food insecurity and hunger in the United States. J Am Diet Assoc. 2006; 106:446-58.
61. Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. Am J Clin Nutr. 2004; 79:6-16.

6 Anexos

6.1 Anexo 1 – Nome e local de trabalho dos “enfermeiros-sentinela”

Nome	ULS/ACES
Álvaro Manuel Casaca Duro Costa	ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Ana Carla Silva Coelho	ACES Alentejo Central II
Ana Maria da Conceição Isidro de Brito	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Edite Maria Nunes Ramos	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Francisco Alberto Silva Mendes	ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
José Francisco Faustino Figueiredo Lista	ACES São Mamede (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Luísa Manuela Cascalho Serra Velez	ACES do Caia (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE)
Maria Cristina Afonso Candeias Raimundo	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Maria Fernanda Vieira de Oliveira Marreiros	ACES Alentejo Central II
Maria Gertrudes Martins Baptista	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Maria Natália Matos Pires Canhestro	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Rosa Ramalho Silva	ACES Baixo Alentejo - ULS Baixo Alentejo, EPE
Diamantina Maria Gonçalves Dias	ACES Algarve I - Central
Filomena Maria Faísca Dolores Góis Barroso	ACES Algarve II - Barlavento
João Carlos dos Santos Barreiros	ACES Algarve I - Central
Josete Maria Sousa Bota	ACES Algarve I - Central
Maria Assunção Gonçalves Pereira	ACES Algarve III - Sotavento
Maria Cristina Brito Batista Massapina	ACES Algarve III - Sotavento
Maria do Carmo Baeta Correia Madeira	ACES Algarve I - Central
Anabela Fonseca Duarte	ACES Algarve II - Barlavento
Maria José Tai Nam Yee	ACES Algarve II - Barlavento
Maria Luísa Pavão Mendes de Paula	ACES Algarve II - Barlavento
Maria Manuela Reis Raposo Fernandes	ARS Algarve
Maria Natália de Oliveira Fadigas Perestrelo	ACES Algarve III - Sotavento
Maria Trindade Palma Venâncio	ACES Algarve I - Central
Mariana Francisca Almas Prates da Ponte	ACES Algarve I - Central
Verónica Maria Carapinha Joaquim Custódio	ACES Algarve III - Sotavento
Adelaide da Conceição Martins Logarinho	ULS Guarda - ACES Guarda
Maria Filomena de Morais Sarmento Machado Matos	ACES Pinhal Litoral II
Carlos Manuel Ramos Martins	ACES Cova da Beira
Iveta da Cruz Carvalho Varandas	ACES Baixo Mondego III
José António de Jesus Coimbra	ACES Pinhal Interior Norte I

Lúcia Amélia Fernandes Alves Marques	ARS Centro
Madalena Fátima Silva	ACES Dão Lafões III
Maria de Lurdes Ângelo Ferreira Vaz	ULS Guarda - ACES Guarda
Maria Ermelinda Teixeira Sampaio Matos	ACES Baixo Mondego III
Cecília Alexandra Nunes Farinha Ferreira	ULS Castelo Branco - UGI Pinhal Interior Sul
Fernanda Antunes Vitória	ACES Baixo Mondego II
Maria Manuela Serra Salgueiro	ACES Dão Lafões III
Ana Lucia Campos Oliveira	ACES Baixo Vouga II
Maria Odete Ribeiro Coelho Vicente	ULS Castelo Branco -UGI - Beira Interior Sul
Margarida do Rosário da Cruz e Silva Lopes	ACES Pinhal Interior Norte II
Paula Cristina Mateos Antunes Cepas de Oliveira	ACES Grande Lisboa VIII - Sintra-Mafra
Cristina Brás Neves	ACES Grande Lisboa VI - Loures
Elisabete Esteves Vaz Cardoso	ACES Setúbal II - Seixal-Sesimbra
Guida Isabel Paulino Sardinheiro Galvão	ACES Lezíria II
Isabel Maria de Carvalho Rêgo de Serra e Moura	ACES Lezíria I - Ribatejo
José João Relvas Lobo	ACES Setúbal II - Seixal-Sesimbra
Maria da Conceição Rodrigues da Costa Castela	ACES Oeste II - Oeste Sul
Maria Céu Gil Cerdeira Gonçalves	ACES Setúbal I - Almada
Ana Paula Lopes de Jesus	ACES Setúbal IV - Setúbal-Palmela
Lúcio Lara Almeida da Silva	ACES Setúbal III - Arco Ribeirinho
Maria João Fernandes Silva Murteira	ACES Grande Lisboa VI - Loures
Paula Cristina Martins Custódio	ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire
Pedro Manuel de Sousa Nunes Branco	ACES Grande Lisboa III- Lisboa Central
Maria do Carmo Marques dos Santos	Departamento Regional de Saúde Pública
Sónia Celeste Cepeda Pereira Bouça	ACES Médio Tejo I - Serra d'Aire
Adélia Maria Neno Vilares Freitas	ACES Tâmega I - Baixo Tâmega
Albino dos Santos Pires Alonso	ACES Alto Trás-os-Montes I - Nordeste
Ana Maria Figueiredo Silva Dias	ACES Ave III - Famalicão
Ana Paula Lira Gonçalves	ACES Alto Minho (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE)
Áurea Maria Figueiredo Jorge	ACES Grande Porto IV - Maia
Dulce Maria Alves Magalhães Silva e Sousa	ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Lílian Matos Guimarães	ACES Ave III - Famalicão
Margarida Clara Rodrigues Mota Vieira	ACES Grande Porto VI - Porto Ocidental
Maria da Conceição de Oliveira Dias Novais de Freitas	ACES Grande Porto VI - Porto Ocidental
Maria Helena Fernandes Devezas	ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Maria Lurdes Fonseca Loureiro	ACES Douro I - Marão e Douro Norte
Sílvia Maria Dinis Barbosa	ACES Grande Porto II - Gondomar
Maria Margarida Rua Duarte da Silva	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Maria José Pereira de Sá	ACES Grande Porto IX - Espinho/Gaia
Marisol dos Santos Castelo Branco	ACES Baixo Mondego I
Cristina Neves	ACES Baixo Mondego I
Rui Manuel Tavares Dionísio	ACES Dão Lafões II
Maria Teresa de Sousa Almeida	ACES Dão Lafões II

Adelaide Elisa Lourenço Pinheiro Grácio Santos	ACES Pinhal Interior Norte II
Maria de Fátima Leal Soares	ACES Pinhal Litoral II
Sofia Carneirinho	ACES Pinhal Litoral II
Maria José Lira Gonçalves	ACES Alto Minho (Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE)
Ana Isabel Costa Gomes Coelho	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Sónia Alexandra Vaz Gomes Rodrigues	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Maria Manuela Afonso Póvoa Giro	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Susana Paula Correia Almeida	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte
Rogério Martins Ribeiro	ACES Porto Ocidental
Genialda Ventura Camilo	ACES Porto Oriental



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa - Portugal
Tel: +351 21 843 05 00
Fax: +351 21 843 05 30
E-mail: geral@dgs.pt