

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

**PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DEPENDENTES QUÍMICOS
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CAPITAL
DO SUL DO BRASIL**

MARCELA DO COUTO ALMADA

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

Porto Alegre

2022

Marcela do Couto Almada

**PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DEPENDENTES QUÍMICOS
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CAPITAL
DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Nutrição da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

Porto Alegre

2022

Catálogo na Publicação

Almada, Marcela do Couto
Prevalência de Insegurança Alimentar em dependentes
químicos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial
de uma capital do Sul do Brasil / Marcela do Couto
Almada. -- 2022.
66 p. : il., tab. ; 30 cm.

Relatório (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, Curso de Nutrição, 2022.

Orientador(a): Daniela Cardoso Tietzmann.

1. Insegurança Alimentar. 2. dependentes químicos. 3.
Centro de Atenção Psicossocial. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Ao meu avô Danilo (*in
memoriam*), com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial meu pai Marcelo, minha mãe Lia Cláudia e meu irmão Lucca. Sem vocês eu nada seria.

À minha orientadora, Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann, pelo gosto por Nutrição em Saúde Coletiva, correções e ensinamos. Toda a minha admiração.

À toda equipe do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas Glória - Cruzeiro Cristal, pelo acolhimento e disponibilidade que tornaram este trabalho possível.

Ao Artur, amor da minha vida.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO	07
ANEXOS	26
I PROJETO DE PESQUISA.....	27
II CARTA DE APROVAÇÃO CEP UFCSPA.....	52
III NORMAS E INFORMAÇÕES DA REVISTA.....	57

ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DEPENDENTES QUÍMICOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CAPITAL DO SUL DO BRASIL

RESUMO

Introdução: A dependência química corresponde a um fenômeno amplamente discutido, conformando-se enquanto problema social e de saúde pública. A Insegurança Alimentar e Nutricional é compreendida enquanto a falta de acesso seguro e permanente à alimentação, condicionada, predominantemente, às estruturas econômico-sociais que compreendem os sujeitos e, para medir os indicadores da população vulnerável à insegurança alimentar, foi criada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. O isolamento social apresenta efeitos de privações e instabilidades, desencadeando ou fomentando o consumo de substâncias lícitas e ilícitas durante um período amplificado pela fragilidade e privação de acesso a direitos fundamentais. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de insegurança alimentar em adultos dependentes químicos de acordo com os indicadores da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas localizado na zona sul do município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. **Materiais e Métodos:** Descritivo de cunho qualitativo. Foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, questionário sociodemográfico e realizada entrevista a partir de duas perguntas norteadoras. **Resultados:** Participaram 20 adultos (16 homens, 4 mulheres) com faixa etária entre 23 a 58 anos. Predominantemente solteiros; não-brancos; alfabetizados; sem acesso ao nível superior; moradores de casa/apartamento; que moram com familiares; empregados com carteira assinada; não recebem benefício. Frequentam o CAPS entre 2 dias a 10 anos; uso de substâncias entre 7 meses e 30 anos; predominância do uso de álcool; fazem uso de medicação para o tratamento. Existem graus de Insegurança Alimentar em 19 dos 20 lares. **Conclusões:** A ocorrência de Insegurança Alimentar e Nutricional dialoga enquanto indicador de vulnerabilidade social, em seus diferentes pilares estruturantes, nos lares chefiados por dependentes químicos. **Palavras-chave:** Insegurança alimentar, dependência química, Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

Introduction: Chemical dependence corresponds to a widely discussed phenomenon, becoming a social and public health problem. Food and Nutrition Insecurity is understood as the lack of safe and permanent access to food, predominantly conditioned by the economic and social structures that comprise the subjects and, to measure the indicators of the population vulnerable to food insecurity, the Brazilian Scale of Food Insecurity. Social isolation has the effects of deprivation and instability, triggering or encouraging the consumption of licit and illicit substances during a period amplified by fragility and deprivation of access to fundamental rights. **Objective:** To evaluate the prevalence of food insecurity in chemically dependent adults according to the indicators of the Brazilian Food Insecurity Scale in a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs located in the southern area of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Materials and Methods:** Descriptive of a qualitative nature. The Brazilian Food Insecurity Scale was applied, as well as a sociodemographic questionnaire and an interview was carried out based on two guiding questions. **Results:** 20 adults participated (16 men, 4 women) aged between 23 and 58 years. Predominantly single; non-whites; literate; no access to the upper level; house/apartment residents; who live with family members; employees with a formal contract; do not receive benefit. Attend CAPS between 2 days and 10 years; substance use between 7 months and 30 years; predominance of alcohol use; use medication for treatment. There are degrees of Food Insecurity in 19 of the 20 households. **Conclusions:** The occurrence of Food and Nutritional Insecurity dialogues as an indicator of social vulnerability, in its different structuring pillars, in homes headed by drug addicts.

Keywords: Food insecurity, chemical dependency, Psychosocial Care Center.

1 Introdução

A interseccionalidade que contorna a questão da dependência química e seus agravantes sociais não é um cenário novo no Brasil, atualmente correspondendo a um fenômeno amplamente discutido, conformando-se enquanto problema social e de saúde pública. O Relatório Mundial sobre Drogas de 2021¹ estima que cerca de 275 milhões de pessoas usaram drogas no mundo inteiro no ano de 2020 e, no país, foi observado que os hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tiveram um aumento de 54% de atendimento de dependentes químicos, comparado ao ano de 2019². Apesar do consumo de drogas lícitas e ilícitas se apresentar de maneira complexa, multifatorial e com forte cunho histórico-cultural³, se observa que a ascensão no número de usuários vai de encontro ao contexto de extrema pobreza, desemprego e comprometimento da saúde mental acentuados pela pandemia de COVID-19, o que demanda de abordagens específicas, adaptativas e multiprofissionais dos serviços de saúde.

Alicerçado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é entendido como o direito de todos os cidadãos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso às demais necessidades essenciais, respeitando a diversidade cultural e que seja sustentável do ponto de vista ambiental, econômico e social⁴. Nesse sentido, a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) é compreendida enquanto a falta de acesso seguro e permanente à alimentação adequada para o crescimento e desenvolvimento normais e uma vida ativa e saudável, condicionada, predominantemente, às estruturas econômico-sociais que compreendem os sujeitos^{5,6}. Para medir os indicadores da população vulnerável à insegurança alimentar ou fome, foi criada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), indicador direto da magnitude do problema na população, mensurado por meio de um questionário aplicado ao responsável da família, que permite a classificação em leve, moderado e grave^{5,7}.

O cenário pandêmico que se perpetua no país há, pelo menos, três anos, fomentou o recente aumento da produção de dados sobre segurança alimentar e nutricional, bem como de insegurança alimentar e o mapeamento destes quadros nos lares brasileiros. Concomitantemente a isso, a conjuntura do isolamento social apresenta efeitos de privações e instabilidades vinculados à ansiedade nas

circunstâncias de adoecimento, recessão econômica, fome e desemprego, desencadeando ou fomentando o consumo de substâncias lícitas e ilícitas durante um período amplificado pela fragilidade e privação de acesso a direitos fundamentais.

Em contrapartida, ainda não se conhece de forma aprofundada a associação entre os grupos ou indivíduos inseridos em uma esfera de insegurança alimentar em seus diferentes níveis e classificações e a sua relação com a dependência química, de forma a identificar padrões de vulnerabilidade social para subsidiar no incentivo da formulação de políticas públicas voltadas para a prevenção de riscos e danos associados, no fortalecimento das redes de apoio ou de adaptação dos grupos vulneráveis, visto a complexidade que envolve o uso de substâncias e sua relação direta com o estigma e consequente exclusão, rejeição e marginalização dos usuários⁸. Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de insegurança alimentar em adultos dependentes químicos de acordo com os indicadores da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD III) localizado na zona sul do município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

2 Metodologia

2.1 Delineamento de estudo

Foi realizado um estudo descritivo de cunho qualitativo para avaliar o grau de insegurança alimentar e a percepção dos usuários em relação às suas condições de alimentação.

2.2 Participantes do estudo

Participaram do estudo pacientes adultos dos sexos masculino e feminino que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas Glória - Cruzeiro Cristal no município de Porto Alegre.

2.3 Instrumentos de estudo

Foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), bem como um questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora para caracterizar os participantes a partir de variáveis sociodemográficas e econômicas, bem como

aspectos clínicos relevantes. Na sequência, foi realizada entrevista com os participantes concordantes a partir de duas perguntas norteadoras; 1) “Como você percebe a sua alimentação (sua relação com os alimentos)?” e 2) “A partir do tratamento no CAPS AD III, houve alguma mudança em relação à sua alimentação?”.

2.4 Coleta de informações

As informações foram coletadas utilizando-se da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e questionário sociodemográfico aplicados de forma presencial no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas Glória - Cruzeiro Cristal pela pesquisadora, bem como entrevistas qualitativas que, por sua vez, foram realizadas e gravadas (áudio) conforme disponibilidade dos participantes para posterior transcrição. A coleta ocorreu durante o mês de julho de 2022.

2.5 Análise de informações

Foi avaliada através de três segmentos:

2.5.1 Análise de dados Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

Para a realização desta etapa, foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), instrumento adaptado e validado para o Brasil por pesquisadores brasileiros⁹. O instrumento é constituído por 15 perguntas centrais fechadas, com opção de respostas sim ou não, sobre a experiência nos últimos três meses de insuficiência alimentar em diferentes níveis de intensidade. Inclui desde a preocupação de que a comida possa acabar até a vivência de passar um dia todo sem comer¹⁰. Essa escala estima prevalências de insegurança alimentar e classifica os domicílios em quatro categorias com três níveis de intensidade: segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada ou grave, definidas por diferentes pontos de corte, de acordo com a composição etária do domicílio¹¹. Na **figura 1** é apresentada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

Para a classificação da insegurança alimentar, um escore foi calculado de acordo com o número de respostas positivas em cada item da escala. Nos domicílios sem a presença de indivíduos menores de 18 anos, a pontuação máxima admissível é oito, uma vez que esse é o número de questões aplicadas. Para domicílios com menores de 18 anos, aplicava-se o questionário completo, podendo totalizar 15 pontos. Portanto, no primeiro grupo, insegurança alimentar leve foi

definida quando a soma foi de um a três pontos, moderada para aqueles domicílios que somaram de quatro a seis pontos e insegurança alimentar grave para a soma de sete a oito pontos. Já para classificar as famílias com menores de 18 anos, a pontuação para insegurança alimentar leve, moderada ou grave foi, respectivamente, para somas de um a cinco pontos, de seis a dez pontos e de onze a quinze pontos. Independente da presença ou não de menores de 18 anos, a classificação por segurança alimentar foi definida para aquelas famílias com respostas negativas em todas as questões¹¹.

PERGUNTAS
Moradores tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida
Alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida
Moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada
Moradores comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou
Algum morador de 18 anos ou mais de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador de 18 anos ou mais de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida
Algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida
Algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida

Figura 1. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

2.5.2 Análise de dados questionário sociodemográfico

Para a realização desta etapa, foi aplicado um questionário sociodemográfico elaborado pela pesquisadora a fim de coletar informações gerais sobre os usuários que consentiram em participar da pesquisa. Os dados dispostos na ferramenta incluem atributos como idade, gênero, situação conjugal, raça, nível de escolaridade, relações laborais, média de renda total mensal da família, e demais questões acerca do vínculo com o CAPS AD III e uso de substâncias. Na **figura 2** é apresentado o questionário sociodemográfico.

Todos os dados coletados foram dispostos em uma tabela Excel, levando em consideração o número da amostra, e foi realizada uma análise descritiva dos dados.

1. Quantos anos você tem? _____
2. Sexo (1) masculino (2) feminino
3. Qual a sua situação conjugal? (1) casado/companheiro (2) separado/divorciado (3) solteiro (4) viúvo
4. Como você define a cor da sua pele? (1) branca (2) preta (3) parda (4) outra: _____ (5) não sabe informar
5. Você sabe ler e escrever? (1) sim (2) não (3) só assina
6. Até que série você completou com aprovação? (0) aprendeu fora da escola (1) 1° grau incompleto (2) 1° grau completo (3) 2° grau incompleto (4) 2° grau completo (5) superior incompleto (6) superior completo (7) pós-graduação (8) ignorado
7. Você mora: (1) em casa ou apartamento (2) albergue ou instituição (3) rua
8. Você mora com: (1) familiares ou companheiro (2) família (3) sozinho
9. Quantas pessoas moram com você: _____
10. Você está trabalhando no momento? (1) sim (2) não
11. Esse trabalho possui carteira assinada? (1) sim (2) não (3) não se aplica
12. Você ou alguma das pessoas que moram contigo recebe dinheiro por trabalho, aposentadoria, pensão ou benefício do INSS? Quanto cada um ganhou neste último mês? Paciente _____ renda _____ em reais Pessoa1 _____ renda _____ em reais Pessoa2 _____ renda _____ em reais Pessoa3 _____ renda _____ em reais Pessoa4 _____ renda _____ em reais
13. Em média, qual o valor da renda total mensal da sua casa (inclusive você e pessoas que moram contigo)? renda _____ em reais
14. Você está encostado, aposentado ou recebe algum benefício do INSS, IPE, Pensão, Bolsa Família? (1) sim (2) não

1. Há quanto tempo você frequenta o CAPS AD? _____ meses/anos
2. Há quanto tempo você faz uso da substância que utiliza? _____ meses/anos
3. Qual/ quais as substâncias em uso? (1) álcool (2) maconha (3) cocaína (4) crack (5) outra: _____
4. Você faz a utilização de medicações para o tratamento? (1) sim (2) não

Figura 2. Questionário sociodemográfico

2.5.3 Análise da entrevista qualitativa

Segundo Creswell (2014), a pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas que transformam o mundo visível em dados representativos, incluindo notas, entrevistas, fotografias, registros e lembretes. Os pesquisadores qualitativos buscam entender um fenômeno em seu contexto natural. De modo geral, a pesquisa qualitativa é uma abordagem que pressupõe que o significado dado ao fenômeno é mais importante que sua quantificação. Os resultados de pesquisas qualitativas se destinam a explicar somente o fenômeno ou o contexto em que a pesquisa foi aplicada, não sendo capaz de generalizar os resultados para uma população ou para outros contextos diferentes, envolvendo um raciocínio complexo que circula entre o dedutivo e o indutivo com foco na perspectiva dos participantes, situado dentro de seus contextos¹². A análise dos dados qualitativos tem início com a preparação e a organização desses dados – seja por tipo de fonte, por grupos de contextos, por temas, por significados, por códigos ou por quaisquer outras formas que sejam aplicáveis à pesquisa.

Para a realização desta etapa, visou-se a interação social entre a pesquisadora e os usuários entrevistados. Esta, por sua vez, não operou com a participação integral dos participantes da pesquisa, somente com quem dispunha de tempo hábil para responder a este material complementar ao projeto. Assim, os usuários participaram de entrevista semiestruturada que partia a partir de duas perguntas norteadoras; 1) “Como você percebe a sua alimentação (sua relação com os alimentos)?” e 2) “A partir do tratamento no CAPS AD III, houve alguma mudança em relação à sua alimentação?”. As respostas foram transcritas integralmente para análise. O método de análise utilizado foi análise de conteúdo e os dados construídos ao longo do processo foram tabulados de acordo com a análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (2011). A técnica preza pelo rigor metodológico sendo desenvolvida de maneira sistemática, a partir de três fases: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹³. Não foi realizada estratégia de triangulação em detrimento da falta de tempo e participantes para possibilitar dados mais depurados para a compreensão do estudo¹⁴.

2.6 Aspectos éticos

O estudo teve início após sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (parecer no 5.528.457), conforme resolução 466/12 que regulamenta ética e pesquisa no Brasil, respeitando-se o sigilo e confidencialidade das informações. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 Resultados

Participaram do estudo 20 adultos (16 homens, 4 mulheres) com faixa etária entre 23 a 58 anos. No que diz respeito ao estado civil, predominaram indivíduos solteiros (8) em relação à casados/que vivem com algum companheiro (5) e separados/divorciados (7). Com relação à cor declarada, 6 participantes se autodeclararam brancos, enquanto pretos e pardos são, respectivamente, 8 e 6 participantes autodeclarados. Todos os participantes sabem ler e escrever e, em relação aos graus de escolaridade, 5 possuem 1º grau incompleto, 6 possuem 1º grau completo e 5 possuem 2º grau completo, enquanto os níveis de superior completo e incompleto são preenchidos por 1 participante cada. Dos 20 adultos usuários, 19 moram em casa/apartamento e 1 mora em albergue/instituição e, em relação às dinâmicas familiares, 7 moram com familiares/companheiro, 6 com a família e 7 moram sozinhos, revelando-se uma variação entre 0 a 6 pessoas no que diz respeito à composição familiar, ou seja, com quantas pessoas esses indivíduos estão morando. Em relação ao vínculo empregatício, 9 entrevistados não estão empregados, enquanto 11 estão trabalhando – deste número, 7 trabalham com carteira assinada, enquanto 4 trabalham sem carteira assinada. A média de valores de renda total das casas apresentou valores que variaram de R\$750,00 a R\$5.000,00. A remuneração por auxílio ou benefício é recebida por 5 dos entrevistados, enquanto 15 participantes não o recebem.

Seguindo às questões relacionadas ao CAPS AD III, manifestou-se, entre o tempo em que frequentam a unidade, uma disparidade de resultados que varia de 2 dias a 10 anos. Acerca do tempo de uso da substância que utiliza, as respostas variaram entre 7 meses e 30 anos. No que diz respeito a qual/quais são as substâncias em uso, 8 usuários assinalaram álcool, 5 usuários assinalaram cocaína, 2 assinalaram crack e 5 usuários assinalaram fazer uso concomitante de mais de uma substância, sendo o álcool presente em todas as marcações. Questionados

sobre uso de medicação para o tratamento, 15 assinalaram fazer uso, enquanto 5 não o fazem.

Os desfechos sobre a classificação dos domicílios em suas respectivas categorias e níveis de intensidade em insegurança alimentar, de acordo com a composição etária do domicílio, são apresentados na **tabela 1** e **tabela 2**, respectivamente.

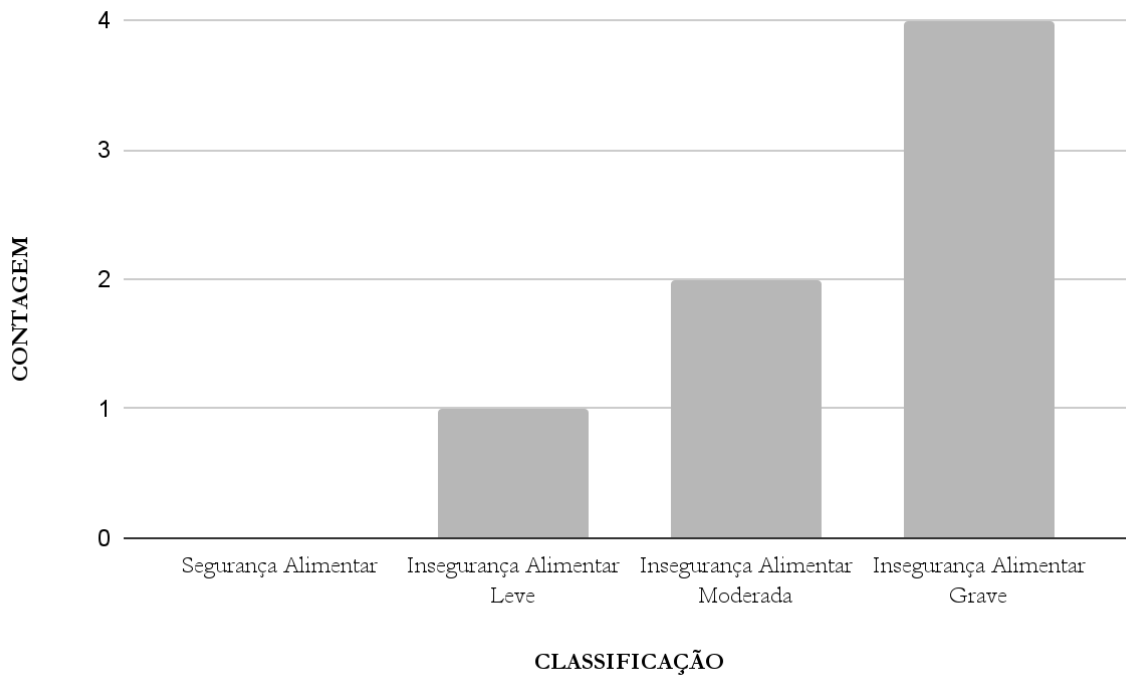


Tabela 1. Classificação dos domicílios com indivíduos menores de 18 anos a partir da contagem de seus graus de insegurança alimentar.

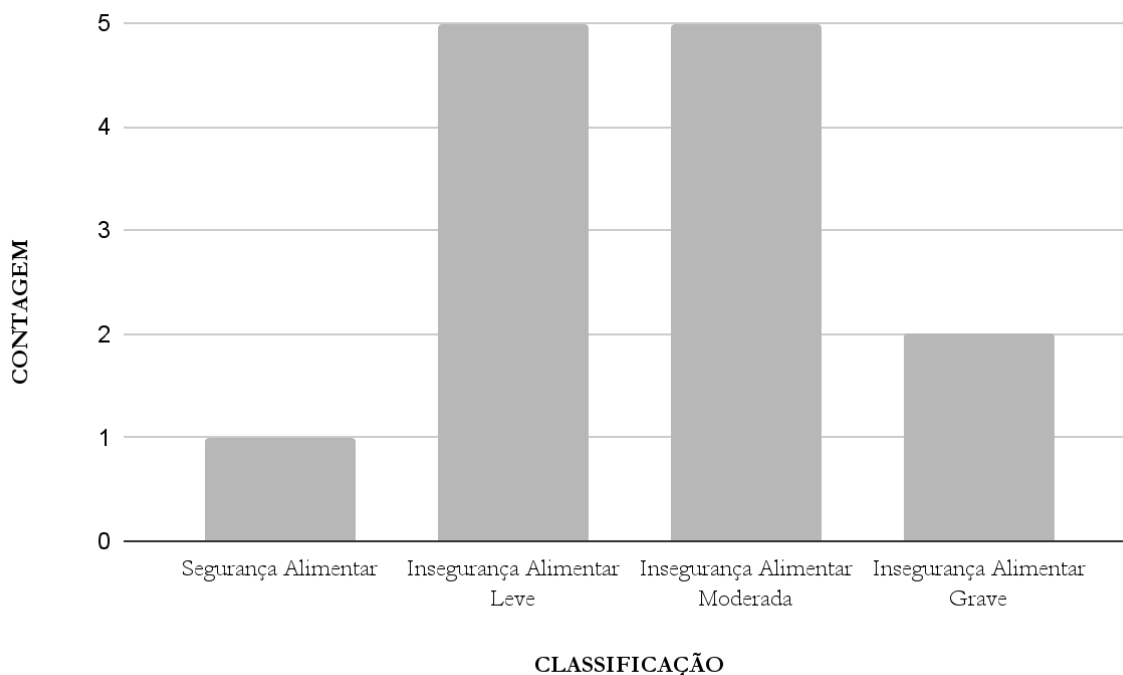


Tabela 2. Classificação dos domicílios com indivíduos maiores de 18 anos a partir da contagem de seus graus de insegurança alimentar.

4 Discussão

O objetivo deste estudo foi investigar se existe relação entre a insegurança alimentar e a dependência química em adultos de acordo com os indicadores provenientes de um instrumento validado. O principal achado demonstra que a insegurança alimentar se fez presente nos lares de 19 dos 20 usuários entrevistados, com a variante de níveis de intensidade que se definiram por diferentes pontos de corte. É observado, portanto, uma suscetibilidade à vulnerabilidade econômica e fome que perpassam os contextos sociais em que esses indivíduos se fazem inseridos.

A disparidade entre gêneros era fator esperado, tendo a população masculina se sobressaído no que diz respeito à dependência química e conseqüente procura por atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD III), apesar de ser sabido destes não serem a população-alvo encontrada em serviços de Atenção Primária. Associa-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização. Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com

a saúde¹⁵, partindo do ponto de vista de que o homem não adoece. Com base em concepções reducionistas e biologizantes¹⁶, a população masculina enxerga o cuidado à saúde como algo que não é característico à masculinidade¹⁷ e, desta forma, não adentram ao sistema de saúde pela Atenção Primária, recorrem somente aos serviços de média e alta complexidade, quando as doenças e agravos já estão instalados e só resta o tratamento ou a reabilitação¹⁸. Ainda é escassa na literatura a instrumentalização que questione a predominante presença de usuários do gênero masculino em Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas enquanto estes não procuram demais serviços de atenção básica à saúde, demandando maior fragilidade ao ampliar esta temática. Em contrapartida, a consequência da associação entre o abuso de substâncias e a masculinidade pode ser observada, por exemplo, nos dados que alimentaram o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, entre 2006 e 2010, que indicam que o número de óbitos ocasionados pelo abuso de substâncias entre pessoas do sexo masculino supera, pelo menos em 50%, o número de óbitos entre as mulheres¹⁹. Cabem, portanto, as indagações que abraçam a socialização masculina e suas condições de vulnerabilidade – assumida como sempre à prova, a masculinidade se torna alvo de vigília constante. Assim, envolvidos ativamente em um processo de aprendizagem e construção das regras e expectativas às quais se submetem, mesmo que as ações associadas a essas regras e expectativas signifiquem em várias situações um risco à integridade absoluta dos próprios homens, os sujeitos do sexo masculino, com variações admitidas por classe social, raça, orientação sexual e nível de escolaridade, entre outras, talvez estejam entendendo o consumo de substâncias lícitas e ilícitas como algo naturalmente esperado da sua condição masculina²⁰.

A prevalência de indivíduos autodeclarados não-brancos em relação a indivíduos brancos também foi fator associado ao estudo, contribuindo para o debate acerca da dependência química e interação com (in)segurança alimentar uma vez que se atenta a um elemento estruturante da sociedade brasileira, o racismo, que torna-se determinante de oportunidades sociais e do acesso a recursos materiais, atuando como consequência estrutural das desvantagens sociais e vulnerabilidades específicas enfrentadas pela população negra²¹. Dados nacionais, considerando o contexto da pandemia da COVID-19, mostraram que a insegurança alimentar moderada ou grave está presente em 24,4% dos domicílios

chefiados por negros (pretos e pardos) e em 16,4% daqueles chefiados por brancos^{22,23}. Compondo a maior parte da população brasileira²⁴, pretos e pardos são igualmente os mais vulneráveis às consequências sociais da crise econômica e sanitária²⁵. Essas desigualdades negam a cidadania e limitam a ascensão social dessa população, com consequências negativas à garantia dos seus direitos, entre eles o direito à alimentação. O racismo e a discriminação, portanto, são determinantes para a insegurança alimentar domiciliar²¹.

“Não, não percebi mudança nenhuma... quer dizer, ‘tô’ tentando ficar sóbrio, né? E arranjar trabalho, minha família de volta, essas coisas. Como quando tem, [...] e não tem graça comer sozinho.”

Este foi pequeno trecho retirado de uma das três entrevistas qualitativas realizadas para o estudo. De forma unânime, nas falas dos entrevistados foi identificada a não-associação de seus padrões alimentares, ou mudança dos mesmos, ao tratamento no CAPS AD III. Tal fenômeno pode ser entendido ao considerar os vieses que são constantes nas vivências dos usuários, como a preocupação primacial com a sobriedade e adversidades que circundam demandas financeiras e dinâmicas familiares. Estas, ao mesmo tempo que abraçam, os diferem ao considerarmos seus contextos individuais. Dentre todos os fatores particulares associados explorados, a alimentação enquanto aliada ou tratamento (ainda) não é vista como prioridade em unidades de atendimento multiprofissional. O distanciamento dos usuários em relação à nutrição pode ser explorado a partir da ótica de que a inserção do nutricionista na atenção básica é um processo recente²⁶ e, em diversas unidades, ainda nulo, culminando em práticas pouco experienciadas ou efetivas entre os usuários.

Podemos apontar como limitação do estudo o tempo disposto para a coleta de dados que, em detrimento do cenário pandêmico estabelecido, necessitou sofrer alterações, resultando em um tamanho amostral reduzido para a aplicação dos instrumentos de estudo. Foi preferido por um estudo qualitativo, que pudesse ocorrer de forma presencial e em contato direto da pesquisadora com a equipe responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas Glória - Cruzeiro Cristal e pelos usuários que utilizam o serviço, assim se fazendo necessária uma condição estabilizada e segura para a pesquisa em serviços de saúde durante medidas preventivas e protocolos de enfrentamento à COVID-19.

5 Conclusão

A partir dos dados obtidos neste estudo, conclui-se que a ocorrência de Insegurança Alimentar e Nutricional dialoga enquanto indicador de vulnerabilidade social, em seus diferentes pilares estruturantes, nos lares chefiados por dependentes químicos. No caso do estudo, predominaram domicílios representados por chefia masculina negra, sugerindo a face dos usuários do CAPS AD III. A fim de visibilizar as diferentes formas de subordinação que atravessam esse determinado grupo, é necessário o uso da interseccionalidade enquanto análise contextual para melhor compreensão acerca do acesso à alimentação e como esta serve como meio de controle e opressão, cruzando características raciais e de gênero. Nesse sentido, se faz necessário analisar a alimentação enquanto determinante social e encará-la como fator fundamental na elaboração de pesquisas e políticas públicas de combate à fome. Conclui-se que urge a necessidade da inserção de nutricionistas nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando a nutrição enquanto serviço essencial e de prevenção ao levar em conta a hierarquização social, racial e de gênero²¹ que refletem a insegurança alimentar.

6 Referências

1. UNITED NATIONS. World Drug Report 2021. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>>. Acesso em: 05 set. 2022.
2. Na pandemia, atendimento de dependentes químicos aumentou 54%. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/na-pandemia-da-covid-19-atendimento-de-dependentes-quimicos-teve-aumento-de-54>>. Acesso em: 05 set. 2022.
3. RIGO, F. L. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em gestantes. Revista Médica de Minas Gerais, v. 30, n. 1, p. 1–6, 2020.
4. BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o

- direito humano à alimentação adequada e dá outras providências, Brasília, 2006.
5. Bezerra, Mariana Silva et al. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 10 [Acessado 5 Setembro 2022] , pp. 3833-3846. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>>. Epub 28 Set 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.35882018>.
 6. FAO. 2003. Focus on Food Insecurity and Vulnerability – A review of the UN System Common Country Assessments and World Bank Poverty Reduction Strategy Papers. FIVIMS Secretariat and Wageningen University and Research Centre: www.fao.org/DOCREP/006/Y5095E/Y5095E00.htm
 7. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur Aliment Nutr.* 2009;16(2):1-19.
 8. Boska, Gabriella de Andrade, Oliveira, Márcia Aparecida Ferreira de e Seabra, Paulo Rosário Carvalho. Acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na perspectiva da proteção dos direitos humanos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 06 [Acessado 5 Setembro 2022] , pp. 2417-2426. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>>. Epub 27 Maio 2022. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>.
 9. Uso da Escala de Insegurança Alimentar (EBIA) nos Serviços de Atenção Básica de Saúde – OBHA. Disponível em: <<https://obha.fiocruz.br/?p=602>>. Acesso em: 05 set. 2022.
 10. PEDRAZA, D. F.; SALES, M. C. (In)segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de um indicador do problema e experimentação em famílias da Paraíba, Brasil. *Interações (Campo Grande)*, [S. l.], v. 15, n. 1, 2015. DOI: 10.20435/interacoes.v15i1.129.
 11. Santos, Leonardo Pozza dos et al. Comparação entre duas escalas de segurança alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 01 [Acessado 5 Setembro 2022] , pp. 279-286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2058>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.2058>.

12. TATAGIBA, A. B. CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto; tradução Magda Lopes. 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 296 páginas, 2010. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 205–208, 2012. DOI: 10.26512/les.v13i1.11610.
13. SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396 - 1416, jul. - dez. 2020. ISSN 2237-9444. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.
14. Santos, Karine da Silva et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 2 [Acessado 5 Setembro 2022] , pp. 655-664. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>>. Epub 03 Fev 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>.
15. Figueiredo, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005, v. 10, n. 1 [Acessado 6 Setembro 2022] , pp. 105-109. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>>. Epub 11 Jun 2007. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.
16. Santos, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 4 [Acessado 6 Setembro 2022] , pp. 1177-1182. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>>. Epub 27 Out 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>.
17. SILVEIRA, C. L. G.; MELO, V. F. C. DE; BARRETO, A. J. R. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 1528–1535, 2017.
18. CRISTO, Dorotéa Albuquerque de. Grupo terapêutico no CAPS: cuidado a homens com o sofrimento mental e histórico de violência. *Rev. NUFEN*, São Paulo , v. 4, n. 2, p. 61-70, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 set. 2022.
19. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICIPIOS. Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil. Disponível em:

- https://www.cnm.org.br/cms/images/stories/Links/Mortes_causadas_pelo_uso_de_substancias_psicotropicas_no_Brasil_jan2012.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.
20. ROSA, Livia Ferreira de Araújo; NASCIMENTO, Adriano Roberto Afonso. Representações sociais de bebida alcoólica para homens universitários. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 3-19, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 set. 2022.
21. Silva, Silvana Oliveira da et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 7 [Acessado 8 Setembro 2022], e00255621. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>>. Epub 05 Ago 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>.
22. Olhe para a fome. Disponível em: <<https://olheparaafome.com.br/>>. Acesso em: 05 set. 2022.
23. Silva, Silvana Oliveira da et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 7 [Acessado 8 Setembro 2022], e00255621. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>>. Epub 05 Ago 2022. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621>.
24. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça - 1995 a 2015 IPEA: Brasília/DF, 2017. Disponível em http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_de_sigualdades_de_genero_raca.pdf Acesso em 05 set. 2022..
25. MACHADO, R. População negra é a mais afetada pela insegurança alimentar. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/alimentacao/populacao-negra-e-a-mais-afetada-pela-inseguranca-alimentar/>>. Acesso em: 05 set. 2022.
26. Ditterich, R. G.. A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2008/Nov). [Citado em 10/09/2022]. Está disponível em:

<http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-importancia-na-insercao-do-nutricionista-na-estrategia-saude-da-familia/3155?id=3155>

ANEXOS

I. PROJETO DE PESQUISA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**

**PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DEPENDENTES QUÍMICOS
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UMA CAPITAL
DO SUL DO BRASIL**

MARCELA DO COUTO ALMADA

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

**Porto Alegre
2021**

Marcela do Couto Almada

**Prevalência de Insegurança Alimentar em dependentes químicos atendidos
em um Centro de Atenção Psicossocial de uma capital do Sul do Brasil**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Nutrição da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Nutrição. Orientadora: Profa. Dra. Daniela Cardoso Tietzmann

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	31
2 JUSTIFICATIVA.....	32
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
3.1 SEGURANÇA ALIMENTAR NO MUNDO E NO BRASIL	33
3.2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA (LÍCITO E ILÍCITO, PRECONCEITO, TRATAMENTOS)	39
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA ACOLHIMENTO E TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA (CAPS AD)	43
3.4 ACONSELHAMENTO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	44
4	
OBJETIVOS.....	46
4.1 OBJETIVO GERAL	46
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	46
5.1 DELINEAMENTO	46
5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO	46
5.3 INSTRUMENTOS	46
5.4 COLETA DE DADOS	47
5.5 ANÁLISE DE DADOS	47
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	47
6 ORÇAMENTO.....	47
7 CRONOGRAMA.....	48
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da criação que perpetua meus vinte anos de vida, possuo a crença de que a infância foi o período mais marcante e de influências direta e indiretas para a escolha do curso de graduação que atualmente estou inserida e, conseqüentemente, ao tema deste projeto propriamente dito. Isso se dá por dois motivos; 1) fui uma criança afortunada com a constante presença de meus avós e 2) obtive uma introdução alimentar autônoma para as mais diversas experimentações.

Assim, o entusiasmo em participar das compras de mantimentos, além da constante presença na cozinha fizeram parte do meu cotidiano desde cedo — e essa boa relação com a comida oriundos do afeto familiar me acompanham até os dias atuais. Concomitantemente a isso, cresci com a livre oferta de alimentos e experimentações permitidas para a minha faixa etária, assim construindo uma relação saudável e afetuosa com a comida.

Não foi difícil, ao longo do meu crescimento, me perceber e perceber o mundo em relação à dinâmica social de um país tão pluralizado como o Brasil. País, este, em que comida no prato é privilégio e não o direito de tantas famílias. Da mesma forma, presenciei de perto as rupturas da dependência química e contextos familiares e a congestão que a mesma causa no organismo e, a mim muito interessante, na alimentação dessas pessoas.

No Brasil, estamos atualmente inseridos em um contexto de empobrecimento da população, somando cerca de 6,9 milhões de pessoas afetadas pela extrema pobreza de acordo com dados do IBGE para o ano de 2020, fomentado pela epidemia de COVID-19. Como efeitos do isolamento social, a solidão e alterações na rotina atreladas à ansiedade em período tão incerto fomentam o desencadeamento do consumo de álcool, fato que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitir orientação para que governos e empresas reduzam a venda de bebidas alcoólicas durante a quarentena. Da mesma maneira, dependentes químicos em remissão podem sentir-se tentados ao retorno de velhos hábitos durante esse período.

Uma vez que me faço inserida em um âmbito de Universidade Federal voltada à área das ciências da saúde, é imprescindível que a atenção e humanização atinjam toda a população, inclusive e principalmente os negligenciados pelos próprios órgãos governamentais. Há um consenso geral de que o Brasil não possui uma rede adequada para usuários de álcool e substâncias

ilícitas, liderado pela exclusão social e culpabilização do sujeito, o que vai de encontro com o artigo 196 da Constituição Federal que afirma: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Desta forma, este projeto estudará a relação da insegurança alimentar e dependência química no Brasil através de um estudo transversal com a aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) em conjunto com um questionário sociodemográfico estruturado para a pesquisa, visando relacionar os diferentes níveis de insegurança alimentar em que dependentes químicos se encontram de acordo com a sua realidade financeira e social. Para além disso, e conseguir compreender melhor o processo de adoecimento e individualidades, cogita-se a aferição de medidas e circunferências a fim de medir os níveis de desnutrição, além de realizar entrevistas com os participantes para, assim, ouvir a esses indivíduos.

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o atual cenário pandêmico que se perpetua no país há, pelo menos, dois anos, fomentou o recente aumento da produção de dados sobre Segurança Alimentar e Nutricional, bem como de Insegurança Alimentar e o mapeamento deste quadro nos lares brasileiros. Concomitantemente a isso, a conjuntura do isolamento social apresenta efeitos de alterações e incertezas vinculados à ansiedade, desencadeando ou fomentando o consumo de substâncias lícitas e ilícitas durante esse período.

Em contrapartida, ainda não se conhece de forma aprofundada a associação entre os grupos/indivíduos inseridos em uma esfera de Insegurança Alimentar em seus diferentes níveis e classificações e a sua relação com a dependência química, de forma a identificar padrões de vulnerabilidade social para subsidiar no incentivo da formulação de políticas públicas voltadas para a prevenção de riscos e danos associados, no fortalecimento das redes de apoio ou de adaptação dos grupos vulneráveis.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Segurança Alimentar no mundo e no Brasil

Adotada e exaltada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos consiste em artigos básicos e universais assegurados a todos os seres humanos desde o seu nascimento, sem desconsiderações de gênero, raça, classe social, religião, orientação sexual ou demais variantes que nos individualizam.

Constituindo essas garantias, o Artigo 25º da declaração afirma: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”.¹ Dessa forma, compreende-se a existência de um direito humano à alimentação adequada que está inerentemente ligado ao fortalecimento de políticas públicas que garantam o acesso permanente e salubre de alimentos de qualidade, em quantidade suficiente e sem o comprometimento de acesso a todas as pessoas, sobretudo e principalmente às que não estão em condições de assegurá-los por si mesmas. A promoção da saúde com base em práticas alimentares deve frisar o respeito pela diversidade cultural presente em um país tão pluralizado como o Brasil, além de ser sustentável a nível ambiental, social, cultural e econômico.

O Direito Humano à Alimentação Adequada possui duas dimensões: o direito de estar livre da fome e o direito à alimentação adequada. A realização destas duas dimensões é de crucial importância para a fruição de todos os direitos humanos. Os principais conceitos empregados na definição de Direito Humano à Alimentação Adequada são disponibilidade de alimentos, adequação, acessibilidade e estabilidade do acesso a alimentos produzidos e consumidos de forma soberana, sustentável, digna e emancipatória.²

A partir de um modelo de produção e consumo de alimentos, parte-se para o princípio da existência de Segurança Alimentar. O conceito de segurança alimentar engloba disponibilidade, instabilidade, acesso e utilização, e é definida pela Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO) como uma "situação na qual todas as pessoas, em todos os momentos, têm acesso físico, social e econômico a recursos suficientes, seguros e alimentos nutritivos que atendam às suas

necessidades dietéticas e preferências alimentares para uma vida ativa e saudável".³ A segurança alimentar e nutricional demanda ações intersetoriais de garantia de acesso à terra urbana e rural e território, de garantia de acesso aos bens da natureza, incluindo as sementes, de garantia de acesso à água para consumo e produção de alimentos, da garantia de serviços públicos adequados de saúde, educação, transporte, entre outros, de ações de prevenção e controle da obesidade, do fortalecimento da agricultura familiar e da produção orgânica e agroecológica, da proteção dos sistemas agroextrativistas, de ações específicas para povos indígenas, populações negras, quilombolas e povos e comunidades tradicionais. É, ainda, fundamental que as ações públicas para garantia de segurança alimentar possam contemplar abordagem de gênero e geracional.⁴

O modelo de produção e consumo de alimentos é fundamental para garantia de segurança alimentar e nutricional, pois, para além da fome, há insegurança alimentar e nutricional sempre que se produz alimentos sem respeito ao meio ambiente, com uso de agrotóxicos que afetam a saúde de trabalhadores/as e consumidores/as, sem respeito ao princípio da precaução, ou, ainda, quando há ações, incluindo publicidade, que conduzem ao consumo de alimentos que fazem mal a saúde ou que induzem ao distanciamento de hábitos tradicionais de alimentação.

Uma abordagem de direitos humanos também requer ações específicas, para contextos específicos. Assim, é fundamental a adoção de ações afirmativas e políticas que considerem a dimensão de gênero, raça, geração e etnia. Os compromissos assumidos pelo Governo Federal desde 2003, ao objetivar o combate à fome e à miséria no país, trilharam a construção da agenda da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) enquanto uma política de Estado, num amplo processo intersetorial e com participação da sociedade civil, definindo os marcos legais e institucionais dessa agenda – como a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); a recriação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA); a instalação da Câmara Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); e a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2012/2015). A garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada é uma obrigação do Estado e essa obrigação se desdobra nas seguintes dimensões:

1. Obrigação de respeitar

Um Estado deve assegurar que seus órgãos ou representantes não violem ou impeçam, por suas ações ou políticas, o gozo efetivo do Direito Humano à Alimentação Adequada. Ou seja, o Estado não pode adotar quaisquer medidas que possam resultar na privação da capacidade de indivíduos ou grupos de prover sua própria alimentação.

Para cumprir a sua obrigação de respeitar, o Estado deve também revisar, sob a perspectiva do DHAA, suas políticas e programas públicos, assegurando que estes efetivamente respeitem o Direito Humano à Alimentação Adequada de todas as pessoas. Essa obrigação está associada com o princípio do não retrocesso social, o qual não permite que haja retrocesso nos processos de implementação de direitos, bem como com a coerência entre os meios e os fins utilizados para garantir direitos.

2. Obrigação de proteger

O Estado deve agir para impedir que terceiros (indivíduos, grupos, empresas e outras entidades) interfiram na realização ou atuem no sentido da violação do Direito Humano à Alimentação Adequada das pessoas ou grupos populacionais. São exemplos do descumprimento da obrigação de respeitar qualquer omissão do governo em relação a ações de terceiros que geram violações ao DHAA (contaminação de trabalhadores/as por agrotóxico, contaminação de lavouras, assassinatos de lideranças que lutam pelo DHAA, grandes obras que impactam negativamente a vida de pessoas vulnerabilizadas).

3. Obrigação de promover

O Estado deve criar condições que permitam a realização efetiva do Direito Humano à Alimentação Adequada. A obrigação de promover significa que o Estado deve envolver-se pró-ativamente em atividades destinadas a fortalecer o acesso de pessoas a recursos e meios e a sua utilização por elas, para a garantia de seus direitos humanos.

A obrigação de promover o DHAA inclui, dentre outras medidas, a promoção da reforma agrária, o acesso a territórios tradicionais, a garantia da função socioambiental da terra, o fortalecimento de formas sustentáveis de produção, como a agroecologia, a garantia de acesso à renda, a garantia de acesso aos recursos genéticos, ações com abordagem de gênero e que considerem as especificidades de cada indivíduo e de cada grupo, entre outros. Além disso, a obrigação de promover requer que os Estados assegurem que os indivíduos possam não apenas

usufruir os direitos que têm, mas também obter reparações em caso de violação de seus direitos.

4. Obrigação de prover

O Estado deve prover alimentos diretamente a indivíduos ou grupos incapazes de obtê-los por conta própria, até que alcancem condições de fazê-lo. Portanto, a obrigação de prover está mais particularmente relacionada ao direito fundamental de todos de estar livre da fome. Um Estado deve prover o DHAA de determinados indivíduos ou grupos, através de transferência de renda ou renda básica; entrega de alimentos em conformidade com as especificidades de cada grupo, população ou comunidade ou outros esquemas de seguridade social.

É importante, contudo, que, paralelo a essas ações, sempre haja planos e estratégias para garantir o respeito, a proteção e a promoção do DHAA. Isto é, o exercício do direito humano à alimentação de forma soberana e autônoma.⁵

A garantia do DHAA relaciona-se com a capacidade de superar as dificuldades de acesso, físico e econômico, ao alimento adequado. Dessa forma, cada grupo, família ou indivíduo vai exercer o seu direito de se alimentar, com dignidade, na medida em que forem superadas as dificuldades para produzir, armazenar, distribuir, adquirir e consumir alimentos adequados e saudáveis. Assim, os diferentes segmentos, grupos e indivíduos têm demandas diversas para a garantia desse direito.

O SISAN (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional), portanto, surge de demanda da sociedade civil e é instituído por meio da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, Lei nº 11.346, em 2006 com o objetivo primordial de garantir, através de ações intersetoriais, o DHAA, para todas as pessoas que se encontram no Brasil, através da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN (art. 1ª e 3ª da LOSAN), cujo instrumento é o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PLANSAN.

Dois importantes princípios desse sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional são: a participação social e a intersetorialidade. O SISAN abriga institucionalidades que visam garantir esses princípios. Assim, a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional são institucionalidades para garantia da participação social na Política Nacional de SAN e a Câmara Interministerial de SAN e suas congêneres visam garantir o princípio da intersetorialidade. Essas

instituições deverão ser reproduzidas nos estados e municípios como forma de dar concretude a estes princípios do SISAN.⁶

O SISAN foi instituído em 2006 pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional com o objetivo de assegurar o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Desde a sua criação, avanços legais e institucionais têm garantido a sua construção como estrutura responsável pela implementação e gestão participativa da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional em âmbito federal, estadual e municipal. Esta construção se dá de forma paulatina, num trabalho contínuo de dedicação, articulação e priorização política dos setores envolvidos.

O SISAN está cada vez mais forte. As suas instâncias interagem e funcionam plenamente na esfera Nacional (CAISAN, CONSEA e Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional). Todas as Unidades Federativas possuem CAISAN, CONSEA, fizeram a adesão ao SISAN e realizam suas conferências. Parte delas já elaborou seus Planos Estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional e as outras estão em diferentes fases de elaboração.⁷

Segurança Alimentar, em resumo, contempla um conjunto de normas que garante o acesso da população a uma alimentação saudável e de qualidade para todos. Nesse sentido, a questão principal é como alimentar uma população em constante crescimento, com terrenos e áreas para cultivo limitadas, um sistema que desperdiça grande parte da produção e diversos obstáculos que implicam na distribuição desigual dos alimentos no mundo.

Com forte participação na agricultura mundial, o Brasil possui um papel fundamental no processo de luta contra a fome. No ranking de comércio de produtos agropecuários, o Brasil ocupa a 3ª colocação, responsável por 5,7% do mercado global, atrás apenas de Estados Unidos (11%) e União Europeia (41%), respectivamente. A extensa área, propícia para plantações e cultivo de alimentos, e o clima tropical do país, são aspectos que destacam o potencial brasileiro na contribuição com a segurança alimentar.

Outra barreira encontrada no percurso rumo à segurança alimentar é o desperdício de alimentos. Conforme os dados divulgados pela FAO, cerca de 30% de tudo o que é produzido, é desperdiçado. A porcentagem representa, aproximadamente, 1,3 bilhão de toneladas. Desse total, 56%, mais da metade, é descartado durante a produção, transporte e armazenamento. No Brasil, os

alimentos desperdiçados seriam capazes de reduzir a fome de mais de 11 milhões de pessoas, afirma a FAO.⁸

A eclosão do novo coronavírus acaba por evidenciar as desigualdades raciais, de renda e de gênero e as condições precárias de vida a que estão submetidas parcelas imensas dos brasileiros, especialmente a população negra, as mulheres, os povos indígenas, as comunidades tradicionais e os trabalhadores informais. No Brasil, um estudo feito pela Prefeitura de São Paulo a partir das mortes registradas até 17 de abril de 2020 mostrou que a população negra da cidade tem uma chance 62% maior de morrer por Covid-19 do que os brancos. Os pardos têm 23% mais risco.⁹

A pandemia afeta a oferta e demanda de alimentos, reduz o poder de compra e a capacidade de produzir e distribuir alimentos, afetando especialmente os mais vulneráveis.¹⁰ A falta de alimentos em quantidade ou qualidade necessária traz impactos para a saúde, como enfraquecimento do corpo, prejuízos no desenvolvimento físico e mental e aumento da probabilidade de doenças, o que torna a camada mais pobre da população ainda mais vulnerável à Covid-19. Todos esses níveis de insegurança alimentar podem causar impactos na saúde, como a perda de energia, que afeta a parte cognitiva e física e que pode levar à perda de memória, a quadros de anemia e até à morte. Essas consequências da fome agravam ainda mais a vulnerabilidade à Covid-19. A situação piorou a partir dos anos de 2017 e 2018, com cortes importantes em políticas de saúde e sucateamento de estruturas sociais, além da extinção de órgãos representativos como o Consea, Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.¹¹

A configuração dos grupos de risco da Covid-19 – entre eles, os portadores de diabetes e hipertensão – guarda estreita relação com a desigualdade de renda e o quadro de insegurança alimentar de grande parte da população.¹⁰ Dessa forma, o papel do Estado é crucial para mitigar os efeitos da pandemia, com medidas de curto, médio e longo prazos, não apenas para o controle da COVID-19, como também das consequências. primeiras ações, em âmbito federal, do governo brasileiro para a mitigação dos efeitos da pandemia que podem repercutir na segurança alimentar e nutricional, considerando as recentes mudanças institucionais das políticas e programas.¹²

3.2 Dependência química (lícito e ilícito, preconceito, tratamentos)

A Organização Mundial de Saúde define a dependência química como o “estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem o impulso a utilizar a substância de modo contínuo ou periódico com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, de evitar o desconforto da privação”.¹³

Seguindo essa definição, o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) define a dependência como um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, caracterizado pela presença de três ou mais dos critérios a seguir, pelo período de um ano: tolerância (necessidade de quantidades maiores para obtenção do mesmo efeito ou menor intensidade do efeito com a dose habitual); abstinência (síndrome com sinais e sintomas típicos de cada substância, que são aliviados pelo consumo); consumo por período de tempo mais prolongado e em quantidades maiores que o planejado; desejo persistente de uso e incapacidade para controlá-lo; muito tempo gasto em atividades para obtenção da substância; redução do círculo social em função do uso da substância; persistência do uso da substância, apesar de prejuízos clínicos.¹⁴

A dependência é um fenômeno complexo, com diversas variáveis envolvidas. Dessa forma, não existe uma explicação etiológica simples e que consiga contemplar todas as facetas do problema. Podemos pensar na dependência como um tripé: meio ambiente (é o cenário em que se desenrola o encontro do indivíduo com a droga, bem como o contexto em que ela é utilizada); droga lícita (aquela que o uso e o comércio são permitidos legalmente, como álcool, fumo e medicamentos); droga ilícita (é a de uso e comercialização ilegal).¹⁵

Nesse caso, merecem atenção a disponibilidade da substância e o simbolismo de seu uso. Para além disso, devemos considerar sua forma de apresentação, acessibilidade e custo, suas características químicas, como o potencial para gerar dependência, e seus efeitos fisiológicos.

As substâncias podem ser classificadas em três tipos, de acordo com os efeitos que causam: 1. estimulantes do sistema nervoso central, que aumentam não só a atividade do sistema nervoso central, mas também do sistema nervoso autônomo, gerando taquicardia, vasoconstrição, hipertensão, além de exaltação do

humor e aceleração do pensamento. Nessa classe incluem-se a cocaína, o crack, as anfetaminas, o ecstasy, a nicotina e a cafeína; 2. depressores do sistema nervoso central, que promovem uma redução das atividades cerebrais e das funções orgânicas de modo geral. Seus efeitos se opõem aos dos estimulantes. Compõem esse grupo o álcool, os opióides, os benzodiazepínicos e os solventes; 3. perturbadoras do sistema nervoso central, que alteram a percepção do tempo e do espaço, bem como da realidade à volta daqueles que as consomem. O LSD, a maconha e os cogumelos, além do ecstasy (droga com duplo efeito), fazem parte dessa categoria.

O indivíduo é, certamente, o mais complexo dos elementos, que pode ou não se tornar um dependente, de acordo com a relação que estabelece com a droga. Tal relação será influenciada diretamente por diversos fatores genéticos, biológicos e psicodinâmicos.¹⁶

Para tanto, sugere-se que a abordagem terapêutica aos usuários de substâncias psicoativas seja direcionada pelas particularidades de cada sujeito, considerando os aspectos do consumo, vulnerabilidade, risco e a ampliação do acesso e cuidado contínuo no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁷ Substâncias psicoativas também têm sido abordadas como um problema de saúde pública e seu enfrentamento tem exigido parceria com diversos setores da sociedade, em um permanente debate, devido à complexidade da situação e a rapidez da expansão do consumo de drogas. Nesse cenário, associado ao comprometimento na vida social dos usuários e familiares, o abuso do de substâncias também desencadeia comprometimentos clínicos causados pela sua dependência e, somados ao caráter compulsivo do uso, o usuário geralmente envolve-se em brigas e transgressões, tendo seu cotidiano permeado pela violência e criminalidade.

Essas alterações provocadas pelo uso dos psicoativos acabam levando ao abandono e a rupturas de laços afetivos, o que ocasiona isolamento social e conflitos com sua rede de apoio. Tal situação tem ocupado os espaços da mídia e os discursos da sociedade civil e política, valorizando aspectos negativos da dependência de drogas que ajudam a construir o preconceito e o estigma em relação a esses usuários. Com isso, a ideia construída no imaginário social é que todos estão envolvidos com o tráfico, com a criminalidade e que a interrupção do uso está relacionada à força de vontade dos usuários. Assim, entende-se o

preconceito como um julgamento prematuro e inadequado sobre o uso e abuso de drogas. Ou seja, é quando se define algo ou alguém, construindo-se uma ideia sem prévios conhecimentos.

O preconceito é a valoração negativa que se atribui às características da alteridade; implica a negação do outro diferente e, no mesmo movimento, a afirmação da própria identidade como superior/dominante. O estigma, por outro lado, evidencia algo que extrapola uma atitude de prejulgamento, como sinal infamante, indigno e desonroso, uma mancha na reputação de alguém, e que pressupõe a contaminação, o contágio, a transmissão, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador. Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tenha um atributo que o torna diferente de outros, sendo, até, de uma espécie menos desejável.

Assim, preconceituosamente, deixa-se de considerar o indivíduo usuário de drogas uma criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída, ou seja, estigmatizando-a especialmente quando o efeito de descrédito sobre ela é muito grande. O preconceito e o estigma, relacionados/ direcionados ao usuário, têm influenciado a relação dessas pessoas nos diversos setores da sociedade, pois estão relacionados à criminalidade, fazendo com que essas pessoas sejam estigmatizadas, negligenciadas e marginalizadas enquanto cidadãos, o que reforça abordagens excludentes e de violência.

Dando início à primeira fase de todos os tipos de tratamento para dependentes químicos, a desintoxicação é um passo importante para a completa reestruturação das funções metabólicas afetadas pela toxicidade. Esse processo também influencia a estabilidade emocional do dependente químico, já que a recuperação só é eficaz quando novas posturas e comportamentos saudáveis são estabelecidos. Considerando a relação entre depressão e uso de drogas, as terapias combinadas são focadas na reversão dos prejuízos fisiológicos e na redução dos sintomas da abstinência que podem gerar tais complicações.

A desintoxicação aguda pode durar entre 20 a 45 dias e é uma das etapas mais importantes do tratamento. Após esse período, o tratamento é focado nas questões mais emocionais. O objetivo é tratar com mais efetividade o que mantém o paciente usando essas substâncias, apesar de ter consciência das consequências negativas do seu uso. Ao passar por esse período, o nível de consciência aumenta e o humor fica mais estável. Isso facilita o processo de conscientização e a escolha

de ferramentas de enfrentamento mais adequadas para manter o paciente em abstinência. Nessa etapa, o apoio dos amigos e familiares é crucial para que o indivíduo consiga ter a força psicológica necessária à continuidade de seu propósito. Vale destacar que o sucesso da desintoxicação é determinante para preparar o paciente para as próximas fases do tratamento.

Prosseguindo, a intervenção psicoterapêutica consiste em um processo que propõe a combinação de terapias de suporte psicológico com medicamentos. São diversas fases e cada uma delas é estabelecida de acordo com a percepção do profissional quanto às principais necessidades do paciente. O ideal é que essas intervenções terapêuticas combinadas sejam feitas em instituições especializadas e que disponibilizem uma equipe multidisciplinar, composta por médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, assistente social e outros. Além do uso de remédios, o trabalho de aconselhamento auxilia na importância de evitar comportamentos que colocam a saúde em risco. Por meio de uma intervenção multiprofissional é possível alcançar resultados mais satisfatórios na reabilitação do paciente. Quando se trabalha em equipe, o compartilhamento de ideias ajuda a perceber, com mais clareza, a necessidade de eventuais ajustes para tornar as terapias escolhidas ainda mais eficientes.

Levando em consideração as individualidades de cada caso, as medicações devem ser criteriosamente escolhidas e monitoradas pela equipe responsável. Ter esse cuidado é fundamental para que o dependente químico não abuse dos medicamentos ou adote alguma postura prejudicial à saúde. Devido à própria dinâmica dos entorpecentes, a fisiologia de um organismo já intoxicado exige a substituição das substâncias que lhe foram retiradas para evitar a síndrome de abstinência. Muitas vezes, é necessário a prescrição de analgésicos para reduzir dores de cabeça e no corpo que surgem durante a desintoxicação. Igualmente relevante é o apoio psicológico para ajudar no controle de crises de ansiedade que podem gerar irritabilidade e mau humor.

Atualmente, as instituições especializadas em recuperação de dependentes químicos expandiram os tratamentos destinados ao apoio a quem não consegue superar essa batalha sozinho. Sob esse contexto, as metodologias terapêuticas são aplicadas sob uma ótica biopsicossocial do ser e focadas em suas principais necessidades. Por isso, a internação em hospitais especializados é importante para que o paciente receba todo o suporte necessário à superação do vício. Um dos

propósitos mais relevantes da internação é o afastamento de ambientes e de pessoas que usam drogas. Principalmente durante a quarentena, a internação pode ser a solução mais viável para ajudar quem precisa se livrar das drogas.¹⁸

3.3 Políticas públicas para acolhimento e tratamento da dependência química (CAPS AD)

Em um cenário de luta por justiça e redemocratização social no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial tiveram início entre as décadas de 1980 e 1990, mas foi somente em 19 de fevereiro de 2002, através da Portaria Nº 336 do Ministério da Saúde, que ele foi formalizado, tendo sido seu funcionamento direcionado para áreas físicas específicas de maneira independente de qualquer estrutura hospitalar, agindo como organizadores e reguladores da assistência como um todo, possibilitando a atuação conjunta e articulada entre os serviços disponíveis.¹⁹

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os Centros de Atenção Psicossocial, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário.

É função dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação; dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território - promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.²⁰

Atualmente, existem seis tipos de CAPS, segundo porte e complexidade dos atendimentos e abrangência populacional. Os CAPS AD III oferecem cuidados em saúde mental para usuários e dependentes químicos adultos, com abrangência nas comunidades das suas regiões com o desafio de minimizar o número de internações hospitalares na área da dependência química.

Nas unidades de CAPS AD III, há ambientes projetados para cada atividade. A sua estrutura conta com, normalmente, doze camas para retaguarda e permanência de usuários por até 15 dias. As atividades coletivas e individuais são desenvolvidas em espaços mobiliados, equipados e climatizados visando proporcionar a ambiência necessária para a segurança e qualidade dos atendimentos de acordo com a verba e estrutura dos locais de atendimento em questão.

Conta com uma equipe multiprofissional em escala nas 24 horas do dia. As equipes trabalham na recuperação dos usuários por meio das atividades coletivas e/ou individuais prevalecendo o projeto terapêutico singular (para cada usuário), conforme as premissas orientadas pelo Projeto Técnico Assistencial do serviço.²¹

3.4 Aconselhamento em Alimentação e Nutrição nos serviços de acolhimento às pessoas com dependência química

Ao chegar a uma clínica de reabilitação de dependentes químicos, dependendo da droga que o indivíduo faz uso, ele se apresenta com aparência debilitada e peso abaixo do considerado ideal pela tabela IMC (Índice de Massa Corporal), levando em consideração seu peso, altura, sexo e idade. Conforme os profissionais da clínica iniciam o tratamento de desintoxicação, é comum o residente se sentir mais debilitado. É, nesse momento, que dá-se início ao papel do nutricionista.

De suma importância para conseguir uma intervenção terapêutica de qualidade e eficaz, com o objetivo de recuperar e fazer a manutenção do tratamento de dependentes químicos, o papel do nutricionista é traçar uma alimentação saudável, baseada na patologia mas, principalmente, nos sintomas e características apresentados por cada residente.

A falta dos nutrientes importantes para o organismo pode causar, além de perda de peso, quedas de cabelo e delírios. Esses quadros de saúde podem dar origem a outras doenças como diabetes e pressão alta. Até mesmo se a

dependência química não ocasionar essas patologias, elas precisam ser consideradas, pois os residentes podem ter sido acometidos por elas antes de dar início ao uso de drogas.

A maneira mais eficiente de evitar tudo isso é administrar uma alimentação completa e balanceada. É comprovado que alimentos ricos em fibras, zinco, carboidratos, proteínas, lipídios, minerais, vitaminas e outros componentes aumentam a imunidade e fortalecem o organismo. Verduras e leguminosas ajudam no processo de digestão e ainda desintoxicam, ou seja, ao consumir esses produtos, o indivíduo eliminará de seu organismo, junto à ingestão dos medicamentos corretos, aquelas substâncias psicoativas e tóxicas ingeridas por tanto tempo. É importante citar a presença de pigmentos naturais nas verduras, que aumentam a capacidade delas no processo de desintoxicação.²² Além disso, a ingestão suficiente de fibras é fundamental para manter equilibrada a flora intestinal, formando adequadamente as fezes a ajudando a excretar algumas substâncias da vesícula biliar. Da mesma maneira, as proteínas desenvolvem um papel riquíssimo na formação estrutural do corpo e nas funções celulares.²³

É muito difícil convencer alguém a não fazer algo que lhe dê prazer; drogas e álcool, antes de qualquer outra coisa, oferecem prazer imediato, e por causarem dependência física, psicológica e síndrome de abstinência são de difícil tratamento. As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas para o desenvolvimento humano, o incentivo à educação, à prática de esportes, à cultura, ao lazer e a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico.

A linha entre a boa alimentação e uma alimentação desequilibrada é muito tênue no dia a dia de um dependente químico. Durante o tratamento, o consumo excessivo dos alimentos pode se apresentar como uma forma de compensar a falta de alguma substância química. Por isso, é necessário redobrar os cuidados. Esse alinhamento da nutrição na reabilitação de dependentes químicos é fundamental para recuperar o estado nutricional do indivíduo e ajudá-lo a manter esse equilíbrio. As orientações, os planejamentos de cardápio e as indicações nutricionais também são muito relevantes para a saúde do paciente no longo prazo.¹³

Uma vida saudável com apoio nutricional, alinhada aos tratamentos elaborados por psicólogos e terapeutas ocupacionais, e a prática de exercícios e atividades físicas são os indícios de um futuro sem vícios, mas com muita autoestima e bem-estar. Esses benefícios vão proporcionar diversos prazeres e

nenhum atrelado ao uso ou compulsão por entorpecentes.²² Desta forma, a boa nutrição é importante entre as diferentes abordagens no tratamento porque estimula um indivíduo a se cuidar. Comendo de forma equilibrada, a pessoa tende a se sentir mais disposta e animada. Quando isso vem acompanhado da prática de um exercício físico, por exemplo, os resultados podem ser percebidos positivamente no corpo, em forma de autoestima e bem-estar.²³

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em adultos dependentes químicos de acordo com os indicadores da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas.

4.2 ESPECÍFICOS

- Investigar os níveis de Insegurança Alimentar e fatores associados;
- Analisar a percepção dos usuários quanto ao seu nível de segurança alimentar e nutricional.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Estudo híbrido quanti-qualitativo com delineamento transversal e aprofundamento qualitativo para avaliar a percepção.

5.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Pacientes adultos de ambos os sexos que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas GCC no município de Porto Alegre.

5.3 INSTRUMENTOS

Será aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), bem como questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra a partir de aspectos clínicos e, na sequência, se realizará entrevista qualitativa a partir de duas perguntas norteadoras que serão posteriormente transcritas para análise; 1) “Como você percebe a sua alimentação (sua relação com os alimentos)?” e 2) “A partir do tratamento no CAPS, houve alguma mudança em relação à sua alimentação?”.

5.4 COLETA DE DADOS

Os dados e as informações serão coletados utilizando-se de questionários aplicados de forma presencial no Centro de Atendimento pela pesquisadora, bem como entrevistas que serão agendadas conforme disponibilidade dos participantes. As entrevistas qualitativas, por sua vez, serão gravadas (áudio) para posterior transcrição. A coleta é prevista para ocorrer entre os meses de dezembro de 2021 e janeiro de 2022.

5.5 ANÁLISE DE DADOS

Todos os dados coletados serão duplamente digitados através do programa EPIDATA permitindo-se, assim, a verificação de consistência. A análise dos dados constará de análise univariada (frequência percentual), análise bivariada, cruzando a variável dependente (insegurança alimentar) com as variáveis independentes (sócio-demográficas e demais fatores potencialmente associados) através do teste do qui-quadrado para variáveis nominais e do teste t de Student para variáveis intervalares. O programa estatístico disponível na Universidade será utilizado para esta análise estatística. As entrevistas serão transcritas e analisadas utilizando a metodologia de análise de conteúdo de Bardin.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo terá início após sua aprovação no comitê de ética da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre conforme resolução 466/12 que regulamenta ética e pesquisa no Brasil, respeitando-se o sigilo e confidencialidade das informações. Serão incluídos no estudo apenas os participantes que consentirem através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 ORÇAMENTO

Material	Quantidade	Valor unitário (r\$)	Valor total (r\$)
Fotocópia questionários	60	0,15	9,00
Tarifa transporte	14	4,80	67,20

público			
---------	--	--	--

7 CRONOGRAMA

2021

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Definição do tema	X	X										
Revisão bibliográfica			X	X	X	X	X					
Determinação dos objetivos			X	X	X	X	X					
Escolha de fontes e formas de coletas de dados			X	X	X	X	X					
Envio para CEP												
Coleta dos dados												
Análise e interpretação dos dados												
Redação do TCC												

2022

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Definição do tema												
Revisão bibliográfica												
Determinação dos objetivos												
Escolha de fontes e formas de coletas de dados												
Envio para CEP			X									

Coleta dos dados						X						
Análise e interpretação dos dados												
Redação do TCC						X	X	X	X			

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
2. Lei nº 11.346. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm>. Acesso em: 03 abr. 2022.
3. LEGNAIOLI, S. Entenda o que é segurança alimentar. Disponível em: <<https://www.ecycle.com.br/seguranca-alimentar/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
4. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/aceso-a-informacao/institucional/conceitos>>
5. O direito humano à alimentação no mundo e no Brasil. Disponível em: <<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-direito-humano-%C3%A0-alimenta%C3%A7%C3%A3o-no-mundo-e-no-Brasil>>. Acesso em: 03 abr. 2022
6. CELEPAR. SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<https://direito.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=193>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
7. Segurança Alimentar e Nutricional. Disponível em: <<https://www.cfn.org.br/index.php/seguranca-alimentar-e-nutricional/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
8. O papel do Brasil na segurança alimentar mundial. Disponível em: <<https://www.vdibrasil.com/o-papel-do-brasil-na-seguranca-alimentar-mundial/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

9. Observatório Covid-19 BR. Disponível em: <<https://covid19br.github.io/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
10. MARTINS, B. P. E. Por que precisamos falar sobre segurança alimentar no Brasil. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/ensaio/debate/2020/Por-que-precisamos-falar-sobre-seguran%C3%A7a-alimentar-no-Brasil>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
11. Insegurança alimentar cresce no país e aumenta vulnerabilidade à Covid-19. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/inseguranca-alimentar-cresce-no-pais-e-aumenta-vulnerabilidade-a-covid-19/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
12. ALPINO, T. DE M. A. et al. COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. Cadernos de saúde pública, v. 36, n. 8, p. e00161320, 2020.
13. ALVES, B. I. O. I. 20/02 – Dia Nacional de Combate às Drogas e ao Alcoolismo. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/20-02-dia-nacional-de-combate-as-drogas-e-ao-alcoolismo/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
14. ASSOCIATION, A. P. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. [s.l.] Artmed Editora, 2014.
15. MARCOS, C. B. Drogas - Glossário sobre Drogas - CENPRE - Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos da FURG. Disponível em: <<https://cenpre.furg.br/drogas?id=76>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
16. Fundamentação Teórica 4 UNA SUS Universidade Aberta do SUS - SAÚDE ESPECIALIZAÇÃO EM da FAMÍLIA Abordagem da dependência química Caso Complexo 12 - Vila Santo Antônio
17. BARD, N. D. et al. Stigma and prejudice: the experience of crack users. Revista latino-americana de enfermagem, v. 24, n. 0, 2016.
18. HOSPITAL SANTA MÔNICA. Quais são os tipos de tratamento para dependentes químicos mais indicados? Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/quais-sao-os-tipos-de-tratamento-para-dependentes-quimicos-mais-indicados/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

19. ANTÔNIO, M. CAPS: Entenda de uma forma clara e objetiva o que são e como funcionam. Disponível em: <<https://blog.jaleko.com.br/centros-de-atencao-psicossocial-caps/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
20. PROCERGS. 4a Conferência Estadual de Saúde Mental RS - CESM 2022. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/lista/450/4%EF%BF%BD-Conferencia-Estadual-de-Saude-Mental-RS-CESM-2022>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
21. Protagonismo e participação social: CAPS AD AESC representados na 4a Conferência Estadual de Saúde Mental. AESC - Educação e Saúde, 7 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.aesc.org.br/caps/>>. Acesso em: 07 abr. 2022.
22. O nutricionista na reabilitação de dependentes químicos. Grupo Aliança pela Vida, 6 out. 2021. Disponível em: <<https://grupoaliancapelavida.com.br/nutricionista-na-reabilitacao-de-dependentes-quimicos/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.
23. HOSPITAL SANTA MÔNICA. Importância da nutrição na reabilitação de dependentes químicos. Disponível em: <<https://hospitalsantamonica.com.br/importancia-da-nutricao-na-reabilitacao-de-dependentes-quimicos/>>. Acesso em: 03 abr. 2022.

II. PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP UFCSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de Insegurança Alimentar em dependentes químicos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial de uma capital do Sul do Brasil

Pesquisador: Daniela Cardoso Tietzmann

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57383322.0.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.528.457

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMACOES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1922799, DE 22/06/2022).

Trata-se de um TCC do Departamento de Nutrição para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição. Estudo misto com delineamento transversal a ser realizado com pacientes adultos de ambos os sexos que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas GCC no município de Porto Alegre.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a prevalência de Insegurança Alimentar em adultos dependentes químicos de acordo com os indicadores da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) em um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas.

Objetivo Secundário:

Investigar os níveis de Insegurança Alimentar e fatores associados;

Analisar a percepção dos usuários quanto ao seu nível de segurança alimentar e nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

Continuação do Parecer: 5.528.457

Não há risco à integridade física com procedimentos invasivos, mas há sempre o risco inerente a toda e qualquer pesquisa de constrangimento. Essa não é uma pesquisa invasiva, entretanto questionamentos como renda e aspectos sobre Insegurança Alimentar vêm à tona e, para isso, a equipe do CAPS já está disponível para acolhimento, assim como a equipe de pesquisa, especialmente a pesquisadora responsável, professora Daniela Cardoso Tietzmann.

Benefícios:

Benefícios potenciais da discussão de políticas públicas mais efetivas para a redução das iniquidades sociais, em especial a questão da Insegurança Alimentar e fome nas populações vulneráveis e invisibilizadas, especialmente durante o período de pandemia por COVID-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Informações Básicas do projeto na PB, trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de Nutrição para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição. Estudo misto com delineamento transversal a ser realizado com pacientes adultos de ambos os sexos que frequentam o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas GCC no município de Porto Alegre. Será aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, bem como questionário sociodemográfico para caracterizar a amostra a partir de aspectos clínicos e, na sequência, se realizará entrevista com duas perguntas abertas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida.

Termo de Anuência devido assinado e carimbado.

Termo entrega do relatório final para outubro/2022.

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1 - O pesquisador deve garantir o participante em receber uma via do TCLE.

RESPOSTA: Agora, está garantido ao participante receber uma via do TCLE.

ANÁLISE: atendido

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.528.457

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1922799.pdf	22/06/2022 19:13:02		Aceito
Outros	Documento_de_RespostaV2.pdf	22/06/2022 19:12:38	Marcela do Couto Almada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV3.pdf	22/06/2022 19:12:10	Marcela do Couto Almada	Aceito
Outros	TCDUV2.pdf	12/05/2022 16:33:37	Marcela do Couto Almada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV2.pdf	12/05/2022 16:33:21	Marcela do Couto Almada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.pdf	12/05/2022 16:32:55	Marcela do Couto Almada	Aceito
Outros	Documento_de_Resposta.pdf	12/05/2022 16:32:46	Marcela do Couto Almada	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.docx	31/03/2022 16:28:28	Marcela do Couto Almada	Aceito
Outros	TCDU.pdf	31/03/2022 16:26:06	Marcela do Couto Almada	Aceito
Outros	TermoAnuencia.pdf	31/03/2022 16:25:04	Marcela do Couto Almada	Aceito
Outros	TermoCompromisso.pdf	31/03/2022 16:23:25	Marcela do Couto Almada	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/03/2022 16:20:58	Marcela do Couto Almada	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	31/03/2022 15:21:27	Marcela do Couto Almada	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245, prédio 03, sala 605
 Bairro: Sarmento CEP: 90.050-170
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 5.528.457

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Julho de 2022

Assinado por:
Fernanda Bordignon Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245, prédio 03, sala 605
Bairro: Sarmiento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

Página 04 de 04

III. NORMAS E INFORMAÇÕES DA REVISTA ESCOLHIDA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apóio



dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos



Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O

documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados

apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. *palavras-chave/keywords*. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ (p.38).

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual



HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.