

INSEGURANÇA ALIMENTAR E VULNERABILIDADE SOCIAL: ANÁLISE DO PERFIL DA POPULAÇÃO CADASTRADA NO PROGRAMA VIX+ CIDADANIA EM VITÓRIA/ES

FOOD INSECURITY AND SOCIAL VULNERABILITY: ANALYSIS OF THE PROFILE OF THE POPULATION REGISTERED IN THE VIX+ CITIZENSHIP PROGRAM IN VITÓRIA/ES

Cristhiany Miranda Macêdo¹

Paula Regina Lemos de Almeida Campos²

RESUMO: A segurança alimentar e nutricional (SAN) representa o direito de todos ao acesso contínuo a alimentos seguros, nutritivos e em quantidade suficiente para garantir saúde e qualidade de vida. No Brasil, a insegurança alimentar permanece como um desafio, sobretudo entre populações vulneráveis, refletindo desigualdades sociais e econômicas. Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar o impacto do programa Vix + Cidadania na promoção da SAN entre famílias beneficiárias em Vitória/ES, avaliando perfil socioeconômico, hábitos alimentares, estado nutricional e níveis de (in)segurança alimentar.

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com 292 participantes atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). A coleta de dados incluiu questionários estruturados com blocos temáticos sobre condições sociodemográficas, avaliação do programa, consumo alimentar e triagem de insegurança alimentar, além de aferições antropométricas (Peso, Altura e Índice de Massa Corporal).

Os resultados buscam identificar o perfil dos beneficiários, mapear a prevalência de insegurança alimentar e analisar a contribuição do programa para o acesso a alimentos saudáveis. Espera-se que as orientações em alimentação saudável disponibilizadas aos participantes contribuam para a adoção de práticas alimentares mais adequadas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Católica de Vitória Centro Universitário, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: (In)segurança Alimentar, Vulnerabilidade, Hábito Alimentar, Estado Nutricional

ABSTRACT: Food and nutrition security (FNS) represents the right of everyone to continuous access to safe, nutritious food in sufficient quantities to ensure health and quality of life. In Brazil, food insecurity remains a challenge, especially among vulnerable populations, reflecting social and economic inequalities. In this context, this study aims to analyze the impact of the Vix + Cidadania program on promoting FNS among beneficiary families in Vitória, Espírito Santo, assessing their socioeconomic profile, eating habits, nutritional status, and levels of food (in)security.

This is a descriptive, cross-sectional field study with a quantitative and qualitative approach, conducted with 290 participants served at Social Assistance Reference Centers (CRAS) and Specialized Social Assistance Reference Centers (CREAS). Data collection included structured questionnaires with thematic sections on sociodemographic conditions, program evaluation, food consumption, and food insecurity screening, in addition to anthropometric measurements (weight, height, and Body Mass Index).

The results aim to identify the profile of beneficiaries, map the prevalence of food insecurity, and analyze the program's contribution to access to healthy foods. It is expected that the healthy eating guidelines provided to participants will contribute to the adoption of more appropriate eating habits. The study was approved by the Ethics Committee of the Católica de Vitória University Center, in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council.

Keywords: Food (In)security, Vulnerability, Eating Habits, Nutritional Status.

1. INTRODUÇÃO

A segurança alimentar e nutricional (SAN) é definida como o direito de toda pessoa a ter acesso, em todo o tempo, a alimentos suficientes, seguros e nutritivos para atender suas necessidades alimentares e preferências, com base em práticas alimentares que promovam uma vida saudável. O conceito de SAN não envolve apenas a disponibilidade de alimentos, mas também o acesso, a utilização e a estabilidade do sistema alimentar (CONSEA, 2021).

A discussão sobre SAN, no Brasil, surge como um reflexo das desigualdades históricas e das dificuldades socioeconômicas enfrentadas pela população em garantir esse direito básico. A garantia de acesso a alimentos adequados, de forma constante e em quantidade suficiente, reflete diretamente na qualidade de vida e na saúde da população (CONSEA, 2021).

O direito à alimentação adequada é consagrado pela Constituição Brasileira de 1988, que estabelece que “toda pessoa tem direito à alimentação adequada, como parte do direito à saúde e à dignidade”. Esse marco legal impulsionou a criação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), que visa garantir à população o direito à alimentação saudável e adequada (CONSEA, 2021). Com a implementação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), o

Brasil passou a adotar um conjunto de políticas públicas para combater a fome e promover a segurança alimentar, especialmente em áreas mais vulneráveis (IPEA, 2023).

Desde a década de 1990, o Brasil tem dado passos importantes na promoção da segurança alimentar, com a adoção de programas como o Fome Zero, que visava erradicar a fome e a pobreza extrema no país. Contudo, apesar desses avanços, ainda persiste no país um grande desafio relacionado à insegurança alimentar, especialmente nas regiões mais pobres e periféricas. Segundo dados do IBGE (2023), cerca de 60% das famílias brasileiras enfrentam algum grau de insegurança alimentar, o que reflete a continuidade da desigualdade e da exclusão social.

De acordo com a ONU (2024), a insegurança alimentar severa no Brasil, embora tenha apresentado uma leve queda nos últimos anos, ainda atinge milhões de pessoas, sendo um problema de saúde pública. Ela é caracterizada pela falta de acesso regular a alimentos de qualidade, sendo um reflexo das condições socioeconômicas desfavoráveis de muitas famílias. Este fenômeno está intimamente relacionado a questões como a pobreza, a desigualdade de renda e a falta de políticas públicas eficazes para mitigar esses impactos (IPEA, 2023).

Segundo o relatório *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024*, elaborado pela FAO e agências parceiras, o Brasil apresentou redução de 85% na insegurança alimentar severa entre 2022 e 2023. Essa melhora está relacionada à retomada de políticas de proteção social, como o novo Bolsa Família, o fortalecimento dos sistemas locais de abastecimento alimentar e programas municipais como o Vix + Cidadania (FAO et al., 2024).

A insegurança alimentar não afeta apenas a quantidade de alimentos disponíveis, mas também a qualidade da alimentação consumida. A falta de acesso a alimentos adequados pode resultar em deficiências nutricionais, que impactam a saúde de forma direta, comprometendo o sistema imunológico e aumentando o risco de doenças. Deficiências em micronutrientes, como ferro, vitamina A e cálcio, podem levar a quadros de anemia, osteoporose e outros problemas relacionados à saúde pública (SOUZA et al., 2022).

Além disso, a insegurança alimentar está associada a problemas fisiológicos mais graves, como o comprometimento do desenvolvimento infantil e a piora das condições de saúde dos idosos. Crianças em situação de insegurança alimentar têm maior risco de atraso no desenvolvimento físico e cognitivo, enquanto os idosos enfrentam maior vulnerabilidade a doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, agravadas pela má nutrição (SOUZA et al., 2022). A escassez de alimentos nutritivos contribui para o aumento de doenças infecciosas e crônicas não transmissíveis, exacerbando o ciclo de pobreza e exclusão social em todas as faixas etárias (LAURENTINO et al., 2024).

O cuidado nutricional desempenha papel essencial na prevenção e no tratamento de doenças associadas à insegurança alimentar. A promoção de hábitos alimentares saudáveis e acessíveis, com foco em alimentos naturais e nutritivos, é fundamental para melhorar a qualidade de vida da população afetada pela insegurança alimentar. Nutricionistas e outros profissionais de saúde devem atuar no acompanhamento da alimentação, buscando alternativas que atendam às necessidades nutricionais dos indivíduos, levando em conta as condições socioeconômicas e culturais de cada grupo (LIMA, 2022).

Além disso, a realidade do município de Vitória reflete a situação que o Brasil enfrenta em relação à insegurança alimentar e nutricional. Dados recentes mostram que 4.161 famílias em Vitória estão atualmente em situação de vulnerabilidade, sendo atendidas por programas de apoio à segurança alimentar, como o VIX+ Cidadania. Este programa, voltado para a população em situação de risco social e nutricional, busca mitigar a insegurança alimentar ao fornecer benefícios e suporte às famílias. Como evidenciado pelos dados da ONU e do IPEA (2023), que apontam o crescente número de brasileiros enfrentando dificuldades de acesso à alimentação adequada e saudável (VITÓRIA, 2024).

Apesar dos avanços em políticas públicas voltadas para a segurança alimentar, os desafios persistem, e a insegurança alimentar continua a ser um problema grave. Isso exige um esforço contínuo para o desenvolvimento de políticas mais eficazes e uma maior integração entre programas sociais, saúde pública e educação nutricional. O impacto de programas como o VIX + Cidadania deve ser analisado para entender como eles podem contribuir efetivamente para a melhoria das condições de vida das famílias vulneráveis e para a redução da insegurança alimentar na população (BRASIL, 2023).

Este trabalho possui uma contribuição significativa para a discussão sobre segurança alimentar e nutricional no município de Vitória, especialmente ao abordar os impactos do programa VIX+ Cidadania, que busca mitigar as condições de vulnerabilidade alimentar e nutricional das famílias em situação de risco. Ao analisar a eficácia desse programa, a pesquisa pretende não apenas compreender a realidade local. O objetivo geral deste estudo é, portanto, analisar os impactos do programa VIX+ Cidadania sobre a segurança alimentar e nutricional das famílias em Vitória, investigando as possíveis melhorias nas condições de vida dessa parcela da população.

Além disso, este estudo busca identificar os fatores que influenciam a eficácia do VIX + Cidadania, com base em entrevistas com os beneficiários e análise de dados sobre o uso do auxílio. Espera-se que os resultados contribuam para a discussão sobre a importância de políticas públicas eficientes no combate à insegurança alimentar e na promoção da saúde nutricional no Brasil (SOUZA et al., 2022).

A pesquisa terá impacto direto na formulação de futuras políticas públicas, não apenas em Vitória, mas em outras localidades que enfrentam desafios semelhantes em relação à insegurança alimentar. Espera-se que os achados do estudo possam fornecer informações úteis para a melhoria das estratégias de combate à fome e à má nutrição, contribuindo para a implementação de soluções mais eficazes no âmbito da segurança alimentar (VITÓRIA, 2024).

A resolução da insegurança alimentar é um desafio multifacetado que exige um olhar atento às questões sociais, econômicas e culturais que influenciam o acesso aos alimentos. A compreensão dos fatores que contribuem para a insegurança alimentar e as estratégias mais eficazes para superá-la são essenciais para garantir que a população brasileira tenha acesso contínuo e sustentável a uma alimentação adequada e saudável (LIMA, 2022).

O acompanhamento e a avaliação de programas como o VIX + Cidadania são fundamentais para medir a eficácia das ações de combate à insegurança alimentar. O impacto de tais programas pode ser visto não apenas em termos de distribuição de alimentos, mas também na melhoria das condições nutricionais e de saúde da população beneficiada. O presente estudo visa analisar o impacto do programa sobre as famílias de Vitória/ES, considerando a relação entre o benefício oferecido e a melhoria do acesso a alimentos adequados.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de uma investigação de campo com características exploratórias e descritivas, de natureza transversal, utilizando abordagem mista — quantitativa e qualitativa — com predominância da análise quantitativa. O delineamento da amostra seguiu o modelo de coorte aberta, com previsão de inclusão de 292 participantes, contemplando indivíduos de ambos os sexos. A coleta de dados aconteceu em 2024 e a análise dos dados em 2025.

A definição do território de estudo considerou a perspectiva da cartografia social, que reconhece o espaço como resultado das relações entre sujeitos e contexto comunitário. Os participantes foram selecionados entre os usuários dos 12 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e dos 3 Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) do município de Vitória, Espírito Santo.

Os beneficiários do programa VIX+ Cidadania foram convidados a participar do estudo. A amostra final foi composta apenas pelos participantes que compareceram ao local de coleta de dados nos CRAS e CREAS.

O programa VIX+ Cidadania foi instituído pela Lei Municipal nº 9.861/2022 e regulamentado pelo Decreto nº 21.156/2022.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar domiciliado em Vitória (ES) e ser beneficiário do programa Cartão Vix+ Cidadania, independentemente do sexo. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Após aprovação, os voluntários que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi utilizado um questionário estruturado, composto por questões objetivas, organizado em cinco blocos temáticos: características sociodemográficas; hábitos alimentares; informações sobre o uso do Cartão Vix+ Cidadania; triagem para risco de insegurança alimentar; e avaliação antropométrica.

2.2 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católica de Vitória. Além disso, o protocolo de pesquisa passou pela Comissão de Pesquisa da Prefeitura Municipal de Vitória, em uma parceria institucional com a Gerência de Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN) da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

Após aprovação no parecer de número 7.224.564, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo incluídos na pesquisa somente aqueles que, de forma voluntária, aceitarem participar e assinarem o documento. O pesquisador comprometeu-se a garantir a confidencialidade das informações fornecidas, assegurando que os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para fins científicos. Os voluntários foram previamente informados sobre todos os procedimentos envolvidos, incluindo possíveis desconfortos, riscos e benefícios da participação, em conformidade com as Resoluções nº 196/96 e nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

2.3 Coleta de Dados

2.3.1 Caracterização Sociodemográfica e de Saúde

As informações relativas ao perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes compõem o Bloco 1 do questionário. Serão coletados dados sobre condições socioeconômicas, como renda familiar, estado civil, raça/cor de pele autodeclarada, grau de escolaridade, composição familiar, local de residência e remuneração, com o intuito de caracterizar o grupo estudado (CEPAL, 2010).

2.3.2 Avaliação do Perfil Antropométrico

No bloco destinado à avaliação antropométrica, serão inseridas perguntas que possibilitem analisar o estado nutricional dos responsáveis familiares. Serão

realizadas aferições de peso corporal (em quilogramas), utilizando balança digital devidamente calibrada, com os indivíduos em pé, descalços e trajando roupas leves (Sampaio; Silva, 2016). A estatura será mensurada em centímetros por meio de estadiômetro vertical, com o participante em posição ereta, pés unidos e olhar voltado para o horizonte.

Para análise do Índice de Massa Corporal (IMC) calculado pela fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ e classificado conforme os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS): Abaixo do peso: $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, Peso normal: $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$, Sobrepeso: $25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$, Obesidade grau I: $30,0 - 34,9 \text{ kg/m}^2$, Obesidade grau II: $35,0 - 39,9 \text{ kg/m}^2$, Obesidade grau III (obesidade mórbida): $IMC \geq 40,0 \text{ kg/m}^2$ e Circunferência da Cintura: Aferida em centímetros (cm), utilizando fita métrica inextensível da marca Sanny, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, com o indivíduo em expiração tranquila (BRASIL, 2020). A análise antropométrica é um instrumento essencial para identificar o estado nutricional e os riscos associados a doenças crônicas, sendo amplamente utilizada em estudos de epidemiologia nutricional (FISBERG, 2008).

Além disso, será aferida a circunferência da cintura (em cm), utilizando fita métrica inextensível, posicionada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, com o indivíduo em expiração normal (Campos; Souza, 2013).

2.3.3 Avaliação dos Hábitos Alimentares

A investigação dos hábitos alimentares será realizada por meio de um questionário fechado, previamente validado, elaborado com base nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Esse instrumento tem como objetivo identificar práticas alimentares cotidianas dos participantes (Silva; Gomes, 2019).

A pontuação atribuída às respostas do entrevistado servirá como base para a avaliação final. Indivíduos que alcançarem mais de 41 pontos demonstram hábitos alimentares bastante saudáveis. Ainda assim, é recomendável consultar as quatro orientações seguintes e refletir sobre possíveis melhorias. Aqueles com pontuação entre 31 e 41 pontos estão em processo de evolução e já apresentam práticas positivas, mas ainda há espaço para avanços. Já os participantes que obtiverem até 31 pontos precisam rever seus comportamentos alimentares para alcançar uma rotina mais saudável e prazerosa (Gabe; Jaime, 2020).

2.3.4 Avaliação do acesso aos alimentos por meio do Cartão Vix+ Cidadania

O questionário inclui um bloco específico com perguntas direcionadas à análise do acesso aos alimentos a partir do benefício concedido pelo Cartão Vix+ Cidadania, com o objetivo de identificar os impactos do programa na rotina alimentar das famílias contempladas. Para compor a amostra, foi considerado o equivalente a 5% do total de beneficiários. Os critérios utilizados para seleção dos participantes foram

os seguintes: residir no município de Vitória (ES); estar em situação de pobreza, extrema pobreza ou vivência de violação de direitos; possuir inscrição ativa e atualizada no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), com atualização nos últimos dois anos; estar devidamente registrado no sistema de informação da Secretaria Municipal de Assistência Social de Vitória; além de ser beneficiário ativo do programa Vix+ Cidadania (VITÓRIA, 2024).

2.3.5 Avaliação da (In)Segurança Alimentar

A triagem relacionada à (in)segurança alimentar compõe um dos blocos do instrumento de coleta e será realizada com base na Triagem de Insegurança Alimentar (TRIA), ferramenta validada para essa finalidade. A TRIA consiste em duas perguntas baseadas na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), permitindo uma identificação rápida e eficaz do risco de insegurança alimentar no domicílio.

A classificação dos resultados ocorrerá da seguinte maneira: quando ambas as respostas forem “não”, considera-se que o domicílio encontra-se em situação de segurança alimentar. Caso o entrevistado responda “sim” a apenas uma das questões, há indício de insegurança alimentar leve. Se ambas as respostas forem afirmativas, o domicílio é classificado com risco de insegurança alimentar moderada ou grave (BRASIL, 2010).

2.4 Análise Estatística

Os dados coletados foram organizados e tabulados no Planilhas Google e, posteriormente, analisados no software IBM SPSS Statistics, versão 23.0, para Windows. Para verificar possíveis associações entre as variáveis estudadas, aplicou-se o teste não paramétrico Qui-quadrado (χ^2), adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Valores de p inferiores a 0,05 indicaram a existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

As análises contemplaram a relação entre os seguintes parâmetros: qualidade da alimentação e risco de doenças cardiovasculares, estado nutricional e consumo alimentar, bem como resultado da Triagem de Insegurança Alimentar (TRIA) e qualidade da alimentação.

Os resultados foram apresentados em tabelas de distribuição de frequências absolutas e relativas, de modo a possibilitar melhor interpretação e discussão dos achados.

3. RESULTADOS

A análise do perfil socioeconômico está diretamente relacionada à compreensão da insegurança alimentar na população estudada. Identificar como renda, escolaridade, situação de emprego e composição familiar influenciam o acesso a alimentos permite evidenciar padrões de vulnerabilidade e necessidades específicas. Famílias com menor renda ou ocupações informais, por exemplo, apresentam maior risco de insegurança alimentar, refletindo limitações no acesso regular a alimentos variados e nutritivos. Assim, compreender essas relações é essencial para avaliar a eficácia de programas sociais como o Vix + Cidadania, que busca mitigar a insegurança alimentar ao fornecer suporte financeiro e orientação para uma alimentação mais adequada. Essa integração entre diagnóstico socioeconômico e análise do impacto do programa contribui para o planejamento de políticas públicas mais direcionadas, capazes de enfrentar não apenas a carência imediata de alimentos, mas também as causas estruturais da exclusão social.

Tabela 1 - Perfil socioeconômico

Estado civil	Nº de responsável familiar	%
Casado	55	18,8
Desquitado (a) ou separado (a) judicialmente	6	2,1
Divorciado	35	12,0
Solteiro (a)	186	63,7
Viúvo (a)	9	3,1
Não respondeu	1	0,3
Situação atual de emprego		
Aposentado	7	2,4
Autônomo	56	19,2
Desempregado	202	69,2
Empregado	20	6,8
Estudante	7	2,4
Renda familiar		
Acima de três salários mínimos	1	0,3
Até um salário mínimo	274	93,8
Entre um e dois salários mínimos	17	5,8
Gênero		
Feminino	262	89,7
LGBTQIA +	2	0,7
Masculino	28	9,6
Cor da pele		
Amarelo	3	1,0
Branco	37	12,7
Indígena	11	3,8

Pardo	165	56,5
Preto	76	26,0
Grau de instrução		
Analfabeto/Fundamental I incompleto	84	28,8
Fundamental II incompleto	62	21,2
Médio incompleto	63	21,6
Superior incompleto	76	26,0
Superior completo	7	2,4

Fonte: elaboração própria

Ao observar os dados da Tabela 1 – Perfil socioeconômico, fica claro que estamos diante de um quadro marcado por grande vulnerabilidade social e econômica. Um dado que chama atenção é a concentração expressiva de famílias que vivem com até um salário mínimo (93,8%). Isso evidencia uma realidade de pobreza monetária, que limita o poder de compra e, por consequência, dificulta a garantia de necessidades básicas — especialmente uma alimentação adequada e saudável.

Essa situação se agrava ainda mais quando analisamos o alto índice de desemprego (69,2%). Tal cenário evidencia a dependência quase que total de programas de transferência de renda, que funcionam como a principal, ou até única, fonte de sustento para essas famílias. Além disso, a baixa participação no mercado formal de trabalho — com apenas 6,8% dos responsáveis familiares empregados — reforça a precariedade socioeconômica enfrentada, mostrando barreiras estruturais que dificultam a conquista de estabilidade financeira.

No âmbito do perfil demográfico, destaca-se que a maioria dos domicílios é chefiada por mulheres (89,7%), sendo que 63,7% delas são solteiras. Também chama atenção a alta representatividade de pessoas pardas (56,5%) e pretas (26,0%), que juntas somam 83,5% do público atendido. A intersecção entre gênero, raça e condição socioeconômica deixa evidente que grupos historicamente marginalizados concentram as maiores desvantagens, enfrentando obstáculos mais severos para acessar oportunidades formais de emprego, educação e serviços de proteção social. Esses fatores acabam aprofundando as desigualdades já existentes.

Quanto à escolaridade, verifica-se que 28,8% dos responsáveis familiares são analfabetos ou possuem apenas o ensino fundamental I incompleto, enquanto 21,2% não concluíram o ensino fundamental II. Esses índices revelam limitações significativas na formação educacional, o que interfere diretamente na qualificação profissional, dificultando a inserção no mercado de trabalho formal e a melhoria das condições socioeconômicas.

Portanto, os resultados indicam que o programa de transferência de renda tem conseguido atingir um público em situação de extrema vulnerabilidade, marcado pela pobreza monetária, alto desemprego, baixa escolaridade e pertencimento a grupos socialmente vulnerabilizados. Esse diagnóstico reforça a importância do

programa para o atendimento do público-alvo prioritário, mas também evidencia a necessidade de políticas públicas intersetoriais. É preciso ir além da simples transferência de renda, adotando estratégias que promovam geração de emprego e renda, combatam desigualdades estruturais de gênero e raça, ampliem o acesso à educação e fortaleçam a segurança alimentar e nutricional.

Tabela 2 - Refeições feitas diariamente pelos moradores

Tipo de refeição	Nº de respostas	%
Café da manhã	258	23,0
Lanche da manhã	59	5,3
Almoço	287	25,6
Lanche da tarde	194	17,3
Jantar	265	23,6
Ceia	60	5,3

Fonte: elaboração própria

Ao analisar os dados da Tabela 2 – Refeições feitas diariamente pelos moradores, nota-se que as principais refeições tradicionais são amplamente realizadas pelos beneficiários. O almoço (25,6%), o jantar (23,6%) e o café da manhã (23,0%) aparecem como os momentos alimentares com maior adesão, sugerindo que a maioria das famílias mantém uma rotina alimentar relativamente estruturada. Esse fator é positivo, já que contribui para a manutenção do estado nutricional.

Por outro lado, chama atenção a frequência menor nos lanches intermediários, como o lanche da manhã (5,3%), o lanche da tarde (17,3%) e a ceia (5,3%). Essa baixa adesão pode indicar dificuldades no acesso ou na disponibilidade de alimentos ao longo do dia, o que pode comprometer a qualidade e a regularidade da alimentação. Além disso, essa situação reforça a necessidade de políticas que não apenas garantam a quantidade de alimentos, mas também promovam a diversidade e a distribuição adequada das refeições ao longo do dia, para evitar lacunas nutricionais.

A distribuição irregular das refeições ao longo do dia pode, em certos casos, comprometer o equilíbrio da ingestão calórica e nutricional, principalmente em grupos mais vulneráveis, como crianças, idosos e pessoas com condições de saúde específicas. Esse padrão alimentar fragmentado aponta para a necessidade de uma atenção especial, já que a falta de regularidade pode impactar diretamente a saúde desses indivíduos.

Os resultados mostram que, embora o almoço e o jantar estejam presentes de forma consistente, é fundamental investir em intervenções voltadas para a educação alimentar e nutricional. Essas ações devem incentivar a adoção de uma rotina alimentar fracionada e equilibrada, que inclua lanches saudáveis entre as refeições principais. Essa abordagem não só melhora o aporte energético e nutricional, como também ajuda a controlar a fome durante o dia, contribuindo para a prevenção de doenças crônicas associadas à alimentação inadequada.

Tabela 3 - Marcador de consumo alimentar

Classificação do consumo alimentar	Nº de responsável familiar	%
Alimentação excelente	64	21,9
Alimentação Irregular	76	26,0
Alimentação regular	152	52,1

Fonte: elaboração própria

A análise da Tabela 3 evidencia que a maior parte dos beneficiários (52,1%) classifica sua alimentação como “regular”. Isso indica que, apesar do acesso aos alimentos, a qualidade nutricional e a variedade da dieta ainda deixam a desejar. Esse dado revela desafios importantes na promoção de hábitos alimentares saudáveis, que podem estar ligados a fatores socioeconômicos, culturais ou ao ambiente alimentar local, impedindo uma alimentação verdadeiramente equilibrada.

Além disso, 26,0% das famílias declararam ter uma alimentação “irregular”, o que reforça a persistência de situações de vulnerabilidade nutricional mais acentuadas. Essa condição pode estar associada a restrições financeiras, dificuldades no acesso a alimentos in natura ou minimamente processados, ou ainda à falta de regularidade nas refeições diárias, comprometendo de forma significativa o estado nutricional dos indivíduos.

Em contrapartida, apenas 21,9% dos beneficiários afirmaram manter uma alimentação “excelente”. Esse percentual reduzido indica que somente uma parcela pequena consegue práticas alimentares adequadas, provavelmente com maior diversidade e qualidade nutricional, o que evidencia a disparidade dentro do grupo avaliado.

De modo geral, esses dados sugerem que, mesmo com a cobertura do programa de transferência de renda, a qualidade da alimentação permanece como um ponto crítico para a maioria das famílias. Isso exige a implementação de ações complementares, como educação alimentar e nutricional, políticas que incentivem a compra de alimentos saudáveis e estratégias para melhorar o acesso físico e financeiro a produtos frescos. Tais medidas são essenciais para que o benefício resulte em avanços concretos na promoção da segurança alimentar e nutricional.

Tabela 4 - Triagem para risco de insegurança alimentar

Classificação da triagem	Nº de responsável familiar	%
Segurança alimentar	34	11,6
IA leve	40	13,7
IA grave	218	74,7

Fonte: elaboração própria

Ao observar a Tabela 4, fica claro um quadro preocupante de vulnerabilidade entre as famílias beneficiárias. Um expressivo 74,7% está em situação de insegurança alimentar grave (IA grave), o que evidencia não apenas a insuficiência de recursos financeiros para a compra de alimentos, mas também a exposição constante à privação alimentar, trazendo riscos diretos à saúde e ao estado nutricional dos moradores.

Além disso, 13,7% das famílias enfrentam insegurança alimentar leve (IA leve), o que indica que, apesar de não estarem em privação extrema, ainda encontram limitações no acesso regular e estável a alimentos adequados. Essas famílias podem vivenciar episódios frequentes de preocupação com a disponibilidade de comida em casa, o que impacta negativamente a qualidade de vida.

Por outro lado, apenas 11,6% das famílias estão em segurança alimentar, demonstrando que uma minoria muito restrita não enfrenta dificuldades significativas no acesso suficiente a alimentos de qualidade. Esse dado reforça o quanto a insegurança alimentar ainda é um desafio estrutural, mesmo diante do suporte oferecido por programas de transferência de renda.

Esses resultados evidenciam que a fome e a insegurança alimentar continuam sendo problemas estruturais que afetam a maioria das famílias avaliadas. Isso indica a urgência da implementação de políticas públicas intersetoriais que combinem ampliação da renda, fortalecimento dos programas de abastecimento e redução dos custos dos alimentos saudáveis. Paralelamente, ações de educação alimentar e nutricional são fundamentais para garantir o direito humano à alimentação adequada e ajudar a superar a insegurança alimentar, especialmente em suas formas mais graves.

Tabela 5 - Classificação do estado nutricional

Estado nutricional	Nº de responsável familiar	%
Eutrofia	64	21,9
Magreza grau I	3	1,0
Magreza grau III	6	2,1
Obesidade grau I	66	22,6
Obesidade grau II	49	16,8
Obesidade grau III	32	11,0
Sobrepeso	72	24,7

Fonte: elaboração própria

A análise da Tabela 5 revela um perfil preocupante sobre as condições de saúde e nutrição dos responsáveis familiares beneficiários. A maior parte apresenta algum grau de excesso de peso: 24,7% estão com sobrepeso, 22,6% com obesidade grau I, 16,8% com obesidade grau II e 11,0% com obesidade grau III. Juntos, esses números somam 75,1% da população avaliada, o que é alarmante.

Essa alta prevalência de excesso de peso e obesidade indica um risco significativo para a saúde pública entre os beneficiários. A maioria expressiva, 65,8%, está classificada com risco muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). Além disso, 16,4% apresentam risco aumentado, o que significa que, juntos, 82,2% da população possuem algum grau de risco cardiovascular.

Esses números refletem claramente a forte associação entre excesso de peso, obesidade abdominal e um estilo de vida inadequado — fatores que elevam significativamente a vulnerabilidade para condições como hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2. Por outro lado, apenas 17,8% dos participantes foram classificados como “sem risco”, o que revela que menos de um quinto da população avaliada está fora da faixa de risco cardiovascular.

Essa realidade ressalta a gravidade da situação e a necessidade de intervenções focadas na promoção de hábitos alimentares saudáveis e na prática de atividade física, especialmente em um contexto de vulnerabilidade social onde o acesso a alimentos nutritivos e o conhecimento sobre nutrição adequada podem ser limitados.

Tabela 6 - Classificação do risco de doenças cardiovasculares

Risco de doenças cardiovasculares	Nº de pessoas	%
Risco aumentado	48	16,4
Risco muito aumentado	192	65,8
Sem risco	52	17,8

Fonte: elaboração própria

Ao analisar a Tabela 6, que apresenta a classificação do risco de doenças cardiovasculares, fica evidente um cenário bastante preocupante em termos de saúde pública entre os beneficiários. A maioria expressiva, 65,8%, está classificada com risco muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV). Além disso, 16,4% apresentam risco aumentado, o que significa que, juntos, 82,2% da população possuem algum grau de risco cardiovascular. Esses números refletem claramente a forte associação entre excesso de peso, obesidade abdominal e um estilo de vida inadequado — fatores que elevam significativamente a vulnerabilidade para condições como hipertensão arterial, dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2.

Por outro lado, apenas 17,8% dos participantes foram classificados como “sem risco”, o que revela que menos de um quinto da população avaliada está fora da faixa de risco cardiovascular. Essa realidade ressalta a gravidade da situação e a necessidade urgente de ações preventivas e de intervenção.

Diante desse quadro, fica evidente a importância de adotar estratégias intersetoriais de promoção da saúde. Isso inclui ações educativas que incentivem uma alimentação equilibrada e saudável, a prática regular de atividade física, o

monitoramento clínico-nutricional constante e a facilitação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde. São medidas essenciais para reduzir o risco de DCV, melhorar a qualidade de vida dos beneficiários e contribuir para a diminuição da morbimortalidade associada a essas doenças.

Tabela 7 – Distribuição de Frequências segundo Qualidade da Alimentação e Risco de doenças cardiovasculares

		Risco de doenças cardiovasculares.			Total	
		Risco muito aumentado	Risco aumentado	Sem risco		
Qualidade da alimentação	Muito Ruim	Frequência	0	2	0	2
		% em Qualidade da alimentação	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Ruim	Frequência	3	6	3	12
		% em Qualidade da alimentação	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Regular	Frequência	67	22	18	107
		% em Qualidade da alimentação	62,6%	20,6%	16,8%	100,0%
	Boa	Frequência	96	14	25	135
		% em Qualidade da alimentação	71,1%	10,4%	18,5%	100,0%
	Muito boa	Frequência	26	4	6	36
		% em Qualidade da alimentação	72,2%	11,1%	16,7%	100,0%
Total		Frequência	192	48	52	292
		% em Qualidade da alimentação	65,8%	16,4%	17,8%	100,0%

Qui-Quadrado de Pearson = 27,622, valor-p=0,001

De acordo com a análise do teste qui-quadrado de Pearson ($\chi^2 = 27,622$; $p = 0,001$), verificou-se que existe associação estatisticamente significativa entre a qualidade da alimentação e o risco de doenças cardiovasculares entre os beneficiários avaliados. Esse resultado indica que a forma como os indivíduos se alimentam está diretamente relacionada ao seu nível de risco para o desenvolvimento dessas doenças.

Os achados sugerem que uma alimentação inadequada, marcada pelo baixo consumo de frutas, verduras, legumes e alimentos integrais, aliada ao elevado consumo de produtos ultraprocessados e ricos em sódio, pode contribuir de maneira expressiva para o aumento do risco cardiovascular. Em contrapartida, indivíduos que mantêm uma melhor qualidade alimentar tendem a apresentar menor risco, o que reforça o papel fundamental da alimentação equilibrada como fator protetor frente às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Tais evidências apontam para a necessidade urgente de ações de educação alimentar e nutricional voltadas à promoção de escolhas mais saudáveis, especialmente em populações vulneráveis, como os beneficiários de programas

sociais. Essas intervenções são essenciais para a prevenção de doenças e para a melhoria da qualidade de vida desses grupos.

Tabela 8 – Distribuição de Frequências segundo Estado Nutricional e Consumo Alimentar

Estado Nutricional		Consumo Alimentar			Total
		Alimentação Irregular	Alimentação regular	Alimentação excelente	
Magreza grau I	Frequência	0	2	1	3
	% em Estado Nutricional	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Magreza grau III	Frequência	2	4	0	6
	% em Estado Nutricional	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
Eutrofia	Frequência	11	35	18	64
	% em Estado Nutricional	17,2%	54,7%	28,1%	100,0%
Sobrepeso	Frequência	20	34	18	72
	% em Estado Nutricional	27,8%	47,2%	25,0%	100,0%
Obesidade grau I	Frequência	17	45	4	66
	% em Estado Nutricional	25,8%	68,2%	6,1%	100,0%
Obesidade grau II	Frequência	19	18	12	49
	% em Estado Nutricional	38,8%	36,7%	24,5%	100,0%
Obesidade grau III	Frequência	7	14	11	32
	% em Estado Nutricional	21,9%	43,8%	34,4%	100,0%
Total	Frequência	76	152	64	292
	% em Estado Nutricional	26,0%	52,1%	21,9%	100,0%

Qui-Quadrado de Pearson = 27,622, valor-p=0,011

Na Tabela 8, observa-se que o teste qui-quadrado de Pearson apresentou valor de $\chi^2 = 27,622$ e $p = 0,011$, indicando associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional e o consumo alimentar. Isso significa que o padrão de consumo dos participantes está relacionado à sua condição nutricional. De modo geral, indivíduos com sobrepeso ou obesidade apresentaram hábitos alimentares menos saudáveis quando comparados àqueles com estado nutricional adequado.

Os resultados apontam que o maior consumo de alimentos ultraprocessados, bebidas açucaradas e produtos com alto teor de gordura está associado ao excesso de peso e à piora do estado nutricional. Por outro lado, aqueles com consumo alimentar mais equilibrado, que inclui frutas, hortaliças e proteínas magras, tendem a apresentar estado nutricional mais adequado, conforme os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Dessa forma, a relação identificada reforça a importância da intervenção nutricional e da reeducação alimentar no enfrentamento da má nutrição e da obesidade, que continuam sendo importantes desafios de saúde pública no Brasil. A associação observada evidencia que políticas públicas voltadas à segurança alimentar e nutricional devem considerar não apenas o acesso aos alimentos, mas também a

qualidade daquilo que é consumido, promovendo estratégias que incentivem escolhas alimentares mais saudáveis e sustentáveis.

Tabela 9 – Distribuição de Frequências segundo Resultado da TRIA e Qualidade da alimentação

Resultado TRIA	Segurança alimentar		Qualidade da alimentação				Total	
			Muito Ruim	Ruim	Regular	Boa		Muito boa
		Frequência	0	1	4	22	7	34
		% em Resultado TRIA	0,0%	2,9%	11,8%	64,7%	20,6%	100,0%
	IA leve	Frequência	0	1	11	21	7	40
		% em Resultado TRIA	0,0%	2,5%	27,5%	52,5%	17,5%	100,0%
	IA grave	Frequência	2	10	92	92	22	218
		% em Resultado TRIA	0,9%	4,6%	42,2%	42,2%	10,1%	100,0%
Total		Frequência	2	12	107	135	36	292
		% em Resultado TRIA	0,7%	4,1%	36,6%	46,2%	12,3%	100,0%

Qui-Quadrado de Pearson = 16,908, valor-p=0,045

A Tabela 9 analisa a associação entre o nível de insegurança alimentar, medido pela Triagem de Insegurança Alimentar (TRIA), e a qualidade da alimentação dos participantes. O teste Qui-Quadrado de Pearson produziu um valor de $\chi^2 = 16,908$, com um valor-p de 0,045. Dado que o valor-p (0,045) está abaixo do limiar de significância de 0,05, conclui-se que há uma associação estatisticamente significativa entre o resultado da TRIA e a qualidade da dieta.

Isso significa que os domicílios classificados com algum grau de insegurança alimentar tendem a apresentar um padrão de consumo alimentar de qualidade inferior. Esse resultado é particularmente relevante, pois conecta diretamente a falta de acesso regular a alimentos com a ingestão de uma dieta menos nutritiva e diversificada. Famílias em situação de insegurança alimentar, muitas vezes, precisam priorizar alimentos de menor custo e maior densidade calórica, em detrimento de opções mais saudáveis, como frutas, verduras e proteínas de boa qualidade.

A associação observada valida a hipótese de que a insegurança alimentar não afeta apenas a quantidade de alimentos disponíveis, mas também a qualidade dos alimentos consumidos. Esse achado reforça a necessidade de políticas públicas que não se limitem à transferência de renda, mas que também promovam o acesso facilitado a alimentos in natura e minimamente processados, além de ações de educação alimentar e nutricional que capacitem as famílias a fazerem escolhas mais saudáveis dentro de suas possibilidades econômicas.

Portanto, os resultados da Tabela 9 evidenciam que o enfrentamento da insegurança alimentar deve ser multidimensional, abrangendo não apenas a garantia do acesso

aos alimentos, mas também a promoção de uma alimentação adequada e saudável, conforme preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo traçam um perfil detalhado e preocupante da população beneficiária do programa Vix + Cidadania, revelando uma profunda vulnerabilidade social que se manifesta em múltiplas dimensões. A caracterização da amostra (Tabela 1), majoritariamente composta por mulheres (89,7%), muitas delas chefes de família solteiras (63,7%), e com uma esmagadora concentração de renda de até um salário mínimo (93,8%), está em consonância com o que a literatura nacional aponta como a “feminização da pobreza” (IPEA, 2023). Este fenômeno descreve como as desigualdades de gênero, sobrepostas às de raça — evidenciadas pela alta proporção de pessoas pardas (56,5%) e pretas (26,0%) —, criam barreiras estruturais que limitam o acesso a oportunidades e perpetuam ciclos de pobreza (BERMUDEZ; LUIZ, 2023; IBGE, 2022). O altíssimo índice de desemprego (69,2%) confirma a dependência crítica dessas famílias em relação aos programas de transferência de renda, que se tornam a principal, e muitas vezes única, fonte de subsistência.

Um dos achados mais alarmantes deste estudo é a prevalência de 74,7% de insegurança alimentar (IA) grave entre os domicílios (Tabela 4). Este índice é drasticamente superior às médias nacionais recentes, que, apesar de uma melhora significativa, ainda apontavam para cerca de 4,1% de IA grave na população geral em 2023 (IBGE, 2024). A discrepância evidencia que, embora o Brasil tenha avançado no combate à fome em nível macro, bolsões de vulnerabilidade extrema persistem em centros urbanos, especialmente entre o público-alvo de programas sociais. Este dado reforça que a experiência da fome é uma realidade cotidiana para a grande maioria das famílias atendidas pelo Vix + Cidadania, indo muito além da incerteza e chegando à privação efetiva de alimentos.

O estudo revela ainda um paradoxo nutricional alarmante: a coexistência da fome com o excesso de peso. Enquanto 74,7% das famílias enfrentam IA grave, 75,1% dos responsáveis familiares apresentam sobrepeso ou obesidade (Tabela 5), e 82,2% possuem risco aumentado ou muito aumentado para doenças cardiovasculares (Tabela 6). Este fenômeno, conhecido como a dupla carga da má nutrição, é cada vez mais documentado em populações de baixa renda (GABRIEL et al., 2022; POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020). A análise da Tabela 3, que mostra que 52,1% dos participantes classificam sua alimentação como

“regular” e 26,0% como “irregular”, corrobora essa interpretação. A dieta torna-se, assim, um fator de risco, e não de proteção.

As análises de associação estatística fortalecem essa linha de raciocínio. A confirmação de que a qualidade da alimentação está significativamente associada ao risco de doenças cardiovasculares (Tabela 7, $p = 0,001$) e que o consumo alimentar se relaciona diretamente com o estado nutricional (Tabela 8, $p = 0,011$) fornece evidência empírica, no contexto local, para essa dinâmica. De forma crucial, a associação entre o resultado da TRIA e a qualidade da alimentação (Tabela 9, $p = 0,045$) demonstra que a insegurança alimentar é um preditor direto da má qualidade da dieta. Isso significa que, para essa população, a falta de acesso a alimentos se traduz, na prática, em uma alimentação que adocece.

Nesse contexto, programas de transferência de renda como o Vix + Cidadania são vitais, mas sua eficácia não pode ser medida apenas pela capacidade de prover acesso à calorias. A literatura recente sobre o Bolsa Família e programas similares aponta que, embora a transferência de renda seja fundamental para aliviar a pobreza extrema e reduzir a IA, seus efeitos sobre a qualidade nutricional são mais limitados e exigem ações complementares (GOULART et al., 2024; CAVALCANTI et al., 2025). Portanto, os achados deste estudo apontam para a necessidade de integrar o Vix + Cidadania a outras políticas públicas, como ações de educação alimentar e nutricional, estratégias para baratear o custo de alimentos saudáveis (como feiras populares e hortas urbanas) e o fortalecimento da atenção primária à saúde para o manejo das doenças crônicas já instaladas.

Essa realidade reforça a importância da articulação entre os programas de proteção social e o Sistema Único de Saúde (SUS), que desempenha papel fundamental na promoção da segurança alimentar e nutricional, especialmente no acompanhamento das condições de saúde das populações em vulnerabilidade (PAIM et al., 2011).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil da população cadastrada no programa Vix + Cidadania demonstrou a capacidade dessa abordagem para melhorar a compreensão da situação dos domicílios em vulnerabilidade social, especialmente as condições específicas das mulheres, que representam 89,7% dos responsáveis familiares e apresentaram maiores chances de insegurança alimentar grave (74,7%). A insegurança alimentar nos domicílios chefiados por essas mulheres, em sua maioria pardas e pretas (83,5%), revela-se como uma das consequências da interação estrutural do racismo e do sexismo (SILVA et al., 2022; FERREIRA et al., 2025).

Os avanços relacionados a questões como renda e acesso a alimentos não foram universais, uma vez que a população em situação de vulnerabilidade vivência

desvantagens sociais que se refletem na coexistência paradoxal entre insegurança alimentar grave e excesso de peso (75,1%) (LUIZ et al., 2025). Ainda é preciso atentar-se para as dinâmicas próprias desse grupo e, nesse sentido, há a necessidade de se incorporar ações de educação alimentar e nutricional na elaboração de políticas públicas de combate à fome. Viver em situação de insegurança alimentar sinaliza não somente para privações materiais, mas também para mecanismos que interditam oportunidades de melhorias de vida para essa população (PEREIRA et al., 2025). Conclui-se que não parece possível discutir a insegurança alimentar sem considerar a hierarquização social, racial e de gênero, suas articulações e a persistência de práticas discriminatórias reproduzidas no Brasil e em Vitória/ES.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A.; SANTOS, A. da S.; NASCIMENTO, M. A. de O.; OLIVEIRA, J. V. C.; SILVA, D. G. da; MENDES NETTO, R. S. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 479-488, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017222.27102015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Mapa da Fome da ONU: Insegurança alimentar severa cai 85% no Brasil em 2023. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/07/mapa-da-fome-da-onu-ins-eguranca-alimentar-severa-cai-85-no-brasil-em-2023>. Acesso em: 6 nov. 2025.

CAMPOS, A. C. L.; SOUZA, A. I. Avaliação do estado nutricional em adultos e idosos. In: Antropometria na prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, R. E. S. et al. Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 38, n. 7, e00239521, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YGQp55rNc5Rkvk6vxQC87Ld/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2025.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Panorama social da América Latina 2010: documento informativo. Santiago: CEPAL, 2010. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/publicacoes/1235-panorama-social-america-latina-2010-d-ocumento-informativo>. Acesso em: 6 nov. 2025.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Atualizações e debates sobre segurança alimentar e nutricional. Brasília: Presidência da República, 2021.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN. Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: <https://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/notas-tecnicas-e-estudos/nota-tecnica-seguranca-alimentar.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2025.

CONSEA. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: Relatório 2021. Brasília: CONSEA, 2021.

FAO. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. Rome: FAO, 2023.

FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2024. Rome: FAO, 2024.

FERREIRA, K. M. da S. et al. Interseccionalidade e insegurança alimentar em favelas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 41, n. 1, e00095724, 2025.

FISBERG, R. M. Epidemiologia nutricional. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2455, out. 2008.

GABE, K. T.; JAIME, P. C. Práticas alimentares segundo o Guia alimentar para a população brasileira: fatores associados entre brasileiros adultos, 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 1, mar. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: Resultados sobre domicílios e condições de moradia. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar – 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD Contínua 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102084>. Acesso em: 6 nov. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Insegurança alimentar no Brasil: análise dos dados da PNAD Contínua 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102084.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua: Rendimento, Trabalho e Condições de Vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil: desafios e avanços. Brasília: IPEA, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/230523_relatorio_desenvolvimento_social.pdf. Acesso em: 6 nov. 2025.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Segurança alimentar e nutricional no Brasil: estudos recentes. Brasília: IPEA, 2022.

KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org.). Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007.

LAURENTINO, J. S. L. et al. Associação entre insegurança alimentar e doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 27, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240041.2>. Acesso em: 6 nov. 2025.

LIMA, F. R. et al. A importância do cuidado nutricional no combate à insegurança alimentar. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n1/e00284721/>.

LOBÃO, J. S. B.; OLIVEIRA, A. I. L.; OLIVEIRA JUNIOR, I. de (Org.). Cartografia social: (re)descobrimos saberes. Feira de Santana: UEFS Editora, 2022.

LUIZ, G. B. da S. et al. The unequal face of hunger: how gender and race/colour have exacerbated food insecurity during the COVID-19 pandemic—a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*, v. 25, n. 1, p. 1-12, 2025.

MABTUM, M. M.; PEREIRA, L. D. Bioética e direitos humanos na pesquisa científica. *Revista Bioética*, v. 27, n. 1, p. 47-55, 2019.

PAIM, J. et al. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9783, p. 1713–1725, 2011.

PEREIRA, T. C. et al. Insegurança alimentar, gênero e raça/cor: um estudo no município de Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 7, e02022024, 2025.

SAMPAIO, L. R.; SILVA, M. M. C. Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2016.

SANTOS, L. M. P.; NASCIMENTO, F. A. Métodos de pesquisa em saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.

SILVA, A. C. F. da; MOTTA, A. L. B.; CASEMIRO, J. P. (Org.). Alimentação e nutrição na atenção básica: reflexões cotidianas e contribuições para prática do cuidado. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

SILVA, M. V.; GOMES, F. S. Avaliação de hábitos alimentares. In: *Nutrição em saúde coletiva*. São Paulo: Atheneu, 2019.

SILVA, S. O. et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 7, e00255621, 2022.

SOUZA, A. L. et al. A insegurança alimentar e seus impactos na saúde pública. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 56, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/zrVYyMPmd9dMyDwYkbXH8br/?lang=pt>.

TORRES, G. V. Ética em pesquisa e bioética. Natal: EDUFRN, 2018.

VITÓRIA (ES). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Assistência Social. Programa Vix + Cidadania. 2024. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/semas/vix-mais-cidadania>. Acesso em: 6 nov. 2025.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Centros de Referência de Assistência Social - CRAS. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/semas/centro-de-referencia-de-assistencia-social>.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS. Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/semas/centro-de-referencia-especializado-de-assistencia-social>.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Lei nº 9.861/2022 (Institui o Programa Vix + Cidadania) e Decreto nº 21.156/2022 (Regulamenta a Lei). Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/es/v/vitoria/lei-ordinaria/2022/987/9861/lei-ordinaria-n-9861-2022-institui-no-municipio-de-vitoria-o-programa-vix-cidadania-para-familias-e-m-situacao-de-vulnerabilidade-social-extrema-pobreza-e-pobreza-e-da-outras-providencias>.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Comissão Técnica de Pesquisa de Vitória (CTP). Disponível em: <https://saude.vitoria.es.gov.br/Pesquisa>.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Gerência de Segurança Alimentar e Nutricional (GSAN). Disponível em: <https://www.vitoria.es.gov.br/semas/quem-somos> (Informação sobre a subsecretaria que abriga a GSAN).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2023. Geneva: WHO, 2023.