

**Alimentação
é Direito!**

Insegurança Alimentar e o Impacto na Saúde em Portugal

uma revisão narrativa

TÍTULO: Insegurança Alimentar e o Impacto na Saúde em Portugal: uma revisão narrativa.

Estudo elaborado no âmbito do do projeto “Alimentação é Direito! - Fortalecimento da implementação do Direito Humano à Alimentação e Nutrição”, desenvolvido no quadro do “Eixo 2 - Apoiar e Defender os Direitos Humanos”, do Programa Cidadãos Ativ@sl, suportado pela componente Active Citizens Fund dos EEA Grants e gerido pela Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação Bissaya Barreto.

AUTORIA:

Helena Trigueiro – Nutricionista (3882N), MSc

Rita Sequeira - Nutricionista (2923N), MPH

EDIÇÃO E PAGINAÇÃO: ACTUAR – ASSOCIAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO

2021

Índice

SIGLAS E ACRÓNIMOS	iv
LISTA DE FIGURAS	v
1. Contextualização	6
2. Insegurança Alimentar Em Portugal	12
2.1. Dados de Prevalência e Determinantes Relevantes	12
2.3. A Insegurança alimentar na agenda política em Portugal	16
2.4. O Direito Humano à Alimentação Adequada em Portugal	17
3. Insegurança Alimentar E A Saúde – Que Relação?	20
3.1. A saúde em Portugal	20
3.2. Impacto da Insegurança Alimentar na saúde	21
4. Medidas No Combate à Insegurança Alimentar em Portugal	25
5. Visão Depois Da Revisão: O Futuro	30
6. Referencias Bibliográficas	33

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ASAE – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica

CCA – Circuitos curtos agroalimentares

CDESC – Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais

CEN – Centro de Estudos de Nutrição

CMA – Cimeira Mundial da Alimentação

CONSANP – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DGS – Direção-Geral de Saúde

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

EIPAS – Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável

ENCDA – Estratégia Nacional de Combate ao Desperdício Alimentar

ENIPSSA – Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo

EU – Estados membros da União Europeia

FAO - Food and Agriculture Organization

FEAC – Fundo de Auxílio às Pessoas Mais Carenciadas

FIES – *Food Insecurity Scale*

HFIAS – *Household Food Insecurity Acces Scale*

IA – Insegurança Alimentar

INE - Instituto Nacional de Estatística

IAN Inquérito Alimentar Nacional

IAN-AFInquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física em 2016

IMC – Índice de Massa Corporal

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Orçamento de Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PESA – Programa Especial de Segurança Alimentar

PNPAS – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POAPMC – Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USDA - *United States Department of Agriculture*

VET – Valor energético total

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Níveis de acesso e disponibilidade alimentar (adaptado de Carletto et al., 2013)(10)	8
Figura 2. Escala de Insegurança Alimentar (adaptado de FAO, 2020)(2).....	9
Figura 3. Apresentação dos dados de prevalência de IA dos últimos 10 anos em Portugal, recolhidos por quatro diferentes estudos (INFOFAMILIA, IAN-AF, EpiDoC3, ReactCovid).....	14
Figura 4. Dimensões e interação social e política na Insegurança Alimentar (28)	15
Figura 5. Prevalência de excesso de peso e obesidade por ciclo de vida e sexo em Portugal, 2016.....	21
Figura 6. Consequências dos défices vitamínicos ao nível da saúde. (elaboração própria).	23

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Os primeiros relatórios sobre a fome no mundo remontam a 1974, quando a *Food and Agriculture Organization* (FAO) começou a reportar sobre a mesma. Desde então várias mudanças têm ocorrido na população mundial devido ao seu contínuo aumento e urbanização. As mudanças tecnológicas e a presença de uma economia cada vez mais globalizada foram acompanhadas do aumento da carga das doenças crónicas, do aumento de iniquidades em saúde e de tendências mundiais de malnutrição preocupantes e díspares, como o aumento exponencial de excesso peso e obesidade enquanto situações de desnutrição persistem em algumas zonas do mundo.

A importância da nutrição tem vindo a ser crescente no panorama internacional nos últimos anos, principalmente por estar bem representada na agenda das Nações Unidas, nomeadamente nos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) publicados em 2015. Os 17 ODS, adotados pelos Estados-Membro das Nações Unidas, foram definidos para dar resposta, até 2030, a desafios de saúde, ambientais, políticos e económicos. Os ODS têm como objetivo diminuir as desigualdades económicas e sociais e promover a saúde e bem-estar das populações. Assim, têm em consideração os principais desafios do planeta como as alterações climáticas, a erradicação da pobreza, a utilização dos recursos naturais, a igualdade de género e a promoção de sociedades inclusivas. Nos ODS, a promoção de uma alimentação saudável, ou seja, também ela suficiente e acessível, foi bem estabelecida como uma prioridade, nomeadamente no ODS 2 - "Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover uma agricultura sustentável" e no ODS 3 - "Garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades".

A redução de doenças crónicas é também uma meta do ODS 3 relacionado com a saúde e bem-estar e no ODS 3.4 é explícito que: "Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio da prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e bem-estar." Dada a influência que a insegurança alimentar (IA) tem no desenvolvimento destas patologias é, assim, um objetivo que também indiretamente com elas se relaciona. Mas, quão perto estamos de alcançar estes objetivos no panorama Português? As estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) não são animadoras e, de facto, nos objetivos referidos previamente a tendência de crescimento e rapidez ainda não pode ser considerada satisfatória (1).

O objetivo desta revisão é fazer o retrato da IA em Portugal e do seu impacto na saúde, estudar as estratégias que têm sido implementadas e apresentar ideias de futuro com base nos dados analisados. Como tal, o desenvolvimento de intervenções intersectoriais são fundamentais de forma a capacitar as populações para escolhas de vida mais saudáveis e sustentáveis (2).

A IA é uma situação socioeconómica familiar onde "disponibilidade de alimentos nutricionalmente adequados e seguros é limitada ou existe uma capacidade limitada de

adquirir alimentos de formas socialmente aceitáveis” (3). A IA tem sido reconhecida com um fenómeno complexo e multidimensional sendo uma causa sub-reconhecida de iniquidades no acesso à saúde e de resultados em saúde nas populações vulneráveis (4)(5).

O termo de IA surgiu no século passado aquando da 1ª Guerra Mundial (1914-1918), nesta altura o conceito estaria associado à capacidade de cada país produzir os seus próprios alimentos. Foi nesta altura que começaram a surgir as primeiras iniciativas de promoção de assistência alimentar a partir dos excedentes dos países mais ricos.

Na década de 70, para além da disponibilidade alimentar, o acesso físico e económico a qualquer momento a alimentos suficientes seria também considerado um determinante da segurança alimentar. Foi nesta década que foi introduzida a primeira definição de Segurança Alimentar (*food security*) na Cimeira Mundial da Alimentação (CMA) realizada em 1974, em Roma: “*availability at all times of adequate world food supplies of basic food stuffs to sustain a steady expansion of food consumption and to offset fluctuations in production and prices*” (6).

Nos anos 90, foram introduzidos os conceitos de alimentos seguros (*food safety*) e nutricionalmente adequados e em 1996 o *World Food Summit* descreveu Segurança Alimentar (em inglês *food security*) como a condição onde cada indivíduo tem acesso físico, social e económico a alimentos seguros e nutricionalmente adequados que lhe permitem alcançar as suas necessidades nutricionais e preferências alimentares de forma a atingir uma vida ativa e saudável.

Já no século XXI (ano 2001) foi introduzida a dimensão social à definição de segurança alimentar. De acordo com a FAO a segurança alimentar “é uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável” (7).

Tendo em conta a definição de segurança alimentar, a sua manutenção depende de um conjunto de indicadores divididos de acordo com diferentes dimensões, nomeadamente a disponibilidade, o acesso, a utilização, e a estabilidade. A insegurança alimentar ocorre quando não há garantia de uma ou mais dimensões da segurança alimentar.

Como tal, a análise e estudo da IA é realizada de acordo com o seu nível: desde o nível global e nacional até ao nível familiar e individual; a sua dimensão: disponibilidade, acesso, utilização e estabilidade/sustentabilidade e, por último, também pode ter em consideração outros determinantes como: quantidade, qualidade, segurança alimentar, aceitação e preferências culturais (8).

Assim, como demonstra a Figura 1, a garantia da segurança alimentar depende não só da disponibilidade e acessibilidade a nível global e nacional, onde estão incluídos fatores como tendências da produção alimentação, disponibilidade sazonal dos alimentos, taxas de importação e exportação dos alimentos, tendência do mercado alimentar, mas também da

disponibilidade e acessibilidade a nível familiar que depende de fatores como o acesso económico e social a alimentos, o orçamento familiar e o índice de pobreza (9).

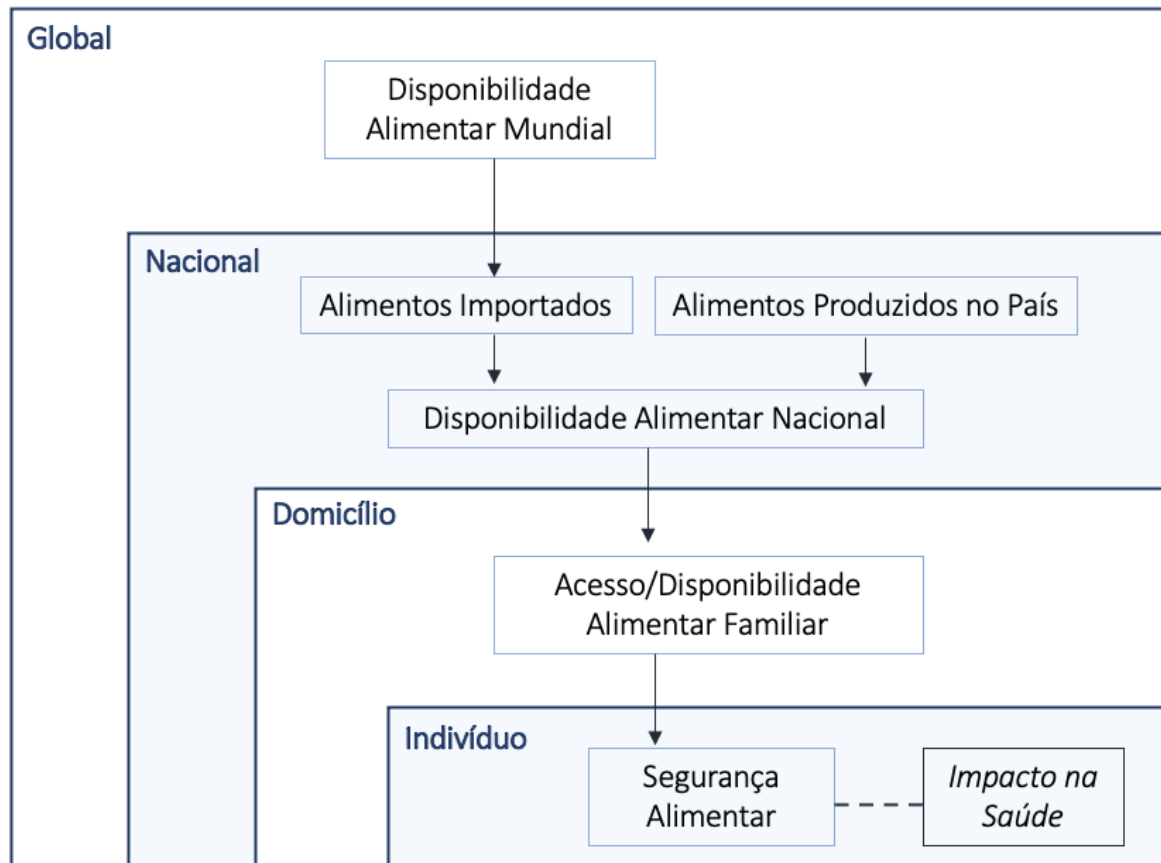


FIGURA 1. NÍVEIS DE ACESSO E DISPONIBILIDADE ALIMENTAR (ADAPTADO DE CARLETTO ET AL., 2013)(10)

Através das diferentes dimensões e níveis da IA é possível verificar que o seu desenvolvimento está muitas vezes associado a estados económicos e sociais específicos. A questão das desigualdades sociais e o seu impacto no acesso e consumo adequado de alimentos e, consequentemente no estado de saúde dos indivíduos, parece assumir uma importância ainda maior em contextos de crises sociais e económicas. Diversos estudos demonstram a relação entre a presença de IA e o ambiente social e económico do indivíduo, como o género, a raça e etnia, local de residência, educação, emprego e rendimento (11).

A medição da frequência da IA pode ser realizada de forma direta ou indireta. A FAO desenvolveu a Escala de Insegurança Alimentar (*Food Insecurity Scale* - FIES) que permite medir de forma indireta a severidade da IA através da disponibilidade energética per capita. As formas diretas da avaliação da segurança alimentar estão associadas a Escalas Psicométrica de Avaliação que avaliam as condições de acesso aos alimentos dos agregados familiares, um exemplo destas escalas é o *Household Food Insecurity Acces Scale* (HFIAS) desenvolvido pelo Departamento de Agricultura do Estados Unidos (USDA). Esta escalas englobam as várias

dimensões da IA desde a dimensão psicológica e social, como preocupações e medos associados à possibilidade de existir falta de alimentos, à dimensão económica como não existir a capacidade de aquisição de alimentos nutricionalmente adequados ou até mesmo situações onde existem períodos de restrição ao nível da quantidade de alimentos consumidos (2).

Estas escalas permitem definir diferentes níveis de segurança alimentar: ligeira, moderada e severa (Figura 2).

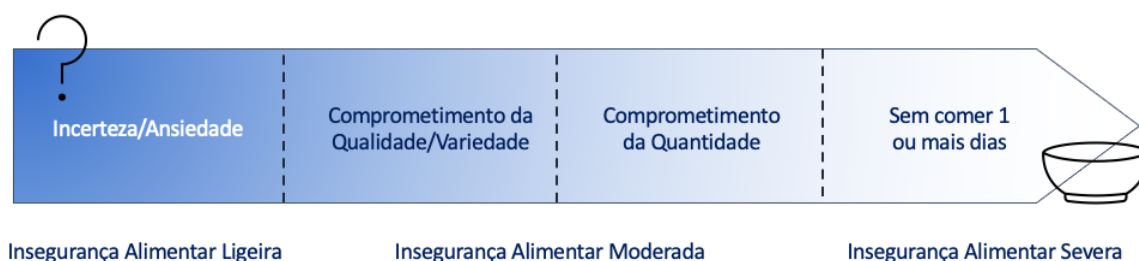


FIGURA 2. ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (ADAPTADO DE FAO, 2020)(2)

As consequências da IA estão intrinsecamente relacionadas com o estado de saúde dos indivíduos, uma vez que tem impacto no estado nutricional do indivíduo, originando doenças agudas e crónicas. Para além do estado da saúde, a IA tem associadas outras consequências como alteração da qualidade de vida dos indivíduos. Nas crianças, a IA pode originar alterações cognitivas e dificuldades de aprendizagem. Nos adultos, é expectável que a IA leve a dificuldades de concentração e realização de tarefas diárias, tendo impacto ao nível social e laboral (12).

Em suma, é possível compreender que a IA é uma condição multifatorial que não está apenas associada à escassez e privação alimentar. Afeta também a qualidade da alimentação ou as estratégias para manter uma disponibilidade alimentar adequada aos indivíduos e, assim, não se manifesta apenas no nível do consumo alimentar, mas também ao nível do estado nutricional e saúde dos indivíduos.

Atualmente no Mundo estima-se que 690 milhões de pessoas passam fome (8.9% da população mundial), onde 381 milhões encontram-se na Ásia e aproximadamente 250 milhões em África. Sendo que neste último, o número de indivíduos malnutridos tem aumentado mais do que em qualquer outra região do mundo. Em 2019, estima-se que 1 em cada 10 pessoas (750 milhões) experienciaram IA severa e aproximadamente 1,25 biliões de pessoas foram afetadas por níveis moderados de IA. Na América do Norte e na Europa, a prevalência de IA severa era de 1.1 (10.8 milhões) e a prevalência de IA moderada ou severa era de 7.9 (88.1 milhões) (2).

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física em 2016 (IAN-AF), verificou-se uma prevalência de IA de cerca de 10,1% (13). Durante o primeiro

confinamento devido à pandemia da COVID-19, os dados mostraram que 1 em cada 3 portugueses estava em risco de IA (14). É importante referir que Portugal é um dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) que apresenta maior iniquidades ao nível do rendimento, sendo o seu coeficiente de Gini¹ de 38,0% (15), condição que pode ter impacto o acesso e qualidade das escolhas alimentares dos portugueses e, consequentemente, contribuir para a falta de segurança alimentar dos indivíduos e famílias.

Uma questão importante a referir no início deste trabalho, é a terminologia do nosso conceito central. Ao contrário da língua inglesa, que distingue *food security* e *food safety*, o Português, Espanhol, Francês e Italiano são línguas que não o permitem. Assim, o termo “segurança alimentar” aqui trabalhado e referido diz respeito à dimensão de *food security*.

No que diz respeito à produção científica de trabalhos sobre a IA em Portugal, é reduzida quando se trata da dimensão de *food security*, o que não se parece verificar com a dimensão de *food safety*, bastante mais trabalhada e publicada. Estudar a magnitude e o impacto da IA é assim de extrema relevância, devido a esta escassez de dados e à vulnerabilidade de certos grupos que, habitualmente, ficam fora das amostras nacionais (como os indivíduos migrantes).

Nesse sentido, apresentamos três hipóteses que guiaram a abordagem do nosso trabalho:

- A complexidade da IA parece exigir obrigatoriamente uma abordagem em todas as dimensões da sociedade, desde o indivíduo, agregado familiar, à comunidade em que está inserido.
- A existência de políticas públicas intersectoriais é fundamental no combate à fome e mitigação de carências nutricionais em Portugal.
- O Direito Humano à Alimentação Adequada não pode ser dissociado do Direito à Saúde, pelo impacto que a nutrição tem no estado de saúde dos indivíduos.

Pontos-chave:

- A promoção de uma alimentação saudável suficiente e acessível foi bem estabelecida como uma prioridade pelas Nações Unidas nos ODS, principalmente no ODS 2 - “Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover uma agricultura sustentável”;
- A segurança alimentar “é uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e

¹ Coeficiente de Gini: O coeficiente de Gini mede numa escala entre 0 e 100 a desigualdade na distribuição do rendimento da população. O coeficiente de Gini teria o valor mínimo de 0 caso toda a população ficasse com o mesmo rendimento e o valor máximo de 100 caso todo o rendimento fosse para a mesma pessoa.

nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável”;

- Em 2019, 1 em cada 10 pessoas no Mundo experienciam IA severa e aproximadamente 1,25 bilhões de pessoas foram afetadas por níveis moderados de IA. Na Europa, a prevalência de IA moderada ou severa era de 7.9 (88.1 milhões) (2).

2. INSEGURANÇA ALIMENTAR EM PORTUGAL

2.1. DADOS DE PREVALÊNCIA E DETERMINANTES RELEVANTES

Uma das dificuldades na avaliação do estado da IA é a falta de dados representativos com metodologias homogêneas e recolhas de dados regulares. Os poucos estudos que foram realizados foram feitos em períodos distintos, através de métodos, amostras e objetivos díspares, pelo que se tornaria falacioso utilizá-los para avaliar a evolução da prevalência de IA em Portugal. Contudo, para ilustrar o estado da segurança alimentar em determinada altura, população e circunstâncias, a análise destes dados contribui com informações muito relevantes, ainda que pouco comparáveis.

O estudo INFOFAMÍLIA 2011- 2014, avaliou a prevalência de IA entre 2011 e 2013, altura em que a crise económica vivida em Portugal trouxe medidas de austeridade fortes e cortes governamentais nos serviços públicos (16). O clima de descontentamento social e instabilidade afetou, naturalmente, a própria perceção dos agregados familiares quanto à sua qualidade de vida e possibilidades financeiras (17). A amostra do INFOFAMÍLIA não pode ser considerada representativa por se basear na “auto-perceção” do indivíduo e se limitar aos utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, é um estudo muito útil para perceber o posicionamento dos portugueses na sua própria conceção de dignidade, uma vez que um estado alimentar e nutricional adequado vai obrigatoriamente ter de satisfazer particularidades que apenas o próprio sabe dizer se estão ou não a ser cumpridas. É uma dimensão mais subjetiva de um indicador aparentemente bastante objetivo, mas que não pode ser descurada. O inquérito INFOFAMILIA, revelou uma prevalência de insegurança alimentar de 48,6%, 49,1%, 50,7% e 45,8% em 2011, 2012, 2013, 2015 e 2014, respetivamente (16).

Entre 2011 e 2013, a prevalência de IA permaneceu quase inalterada até 2013, onde se manteve em 50,7%. Das famílias que sofriam de IA, 33,4% estavam com IA baixa, 10,1% moderada e 7,2% grave. Comparando os dados dos três anos de análise, foram encontradas diferenças estatísticas para a Região do Algarve, onde o aumento significativo foi observado entre 2011 e 2012 (20,2%). No entanto, essa prevalência diminuiu entre 2012 e 2013 (-17,6%). Para a média nacional, verificou-se uma diminuição da prevalência de IA moderada entre 2011 e 2012 (3,0%). Para os níveis mais graves de IA, também foram encontradas diferenças estatísticas para a região do Alentejo, onde entre 2011 e 2012 foi observada uma diminuição significativa na prevalência em 7,9% (17).

Um outro estudo, o EpiDoC 3, contou com uma amostra representativa de 5653 participantes que foram entrevistados. Este estudo apurou que entre 2015 e 2016, 19,3% dos agregados familiares portugueses sofreram algum nível de IA nos 3 meses anteriores à entrevista realizada. A maioria dos domicílios com IA encontrava-se no nível mais baixo de IA (14,0%), mas 3,5% e 1,8% apresentavam níveis de IA moderada e grave, respetivamente (18).

A IA estava presente em 16,5% dos domicílios e a baixa escolaridade foi o principal fator associado à IA. Não ter escolaridade, em comparação com pelo menos uma educação do 10º ano (ensino secundário), aumentou a probabilidade de IA em oito vezes, enquanto que ser mulher aumentou a possibilidade de IA em 51%. Os desempregados apresentaram as maiores probabilidades de IA quando comparados com os empregados. Uma família com rendimento no mês anterior igual ou inferior a 240 euros seis vezes mais possibilidades de IA (18).

Entre os Portugueses, o não ser casado aumentou significativamente a probabilidade de IA em 56%. Entre a população imigrante, as possibilidades de IA eram maiores para os imigrantes não europeus antes do ajuste por sexo e estado civil (19)

Esta constatação está de acordo com outra investigação realizada em Portugal, que demonstrou que as restrições alimentares ocorreram com maior frequência nos homens do grupo de imigrantes e nas mulheres do grupo nativo (20)(21). A idade também foi significativamente associada à IA, com idosos nativos relatando níveis mais elevados de IA, em comparação com os respectivos adultos mais jovens. Estudos centrados na análise da população idosa em Portugal também mostraram que a IA é mais prevalente na população idosa em comparação com a população adulta em idade não geriátrica (22).

Numa população de imigrantes, a prevalência de IA daqueles que autoavaliaram a sua saúde como “menos do que boa” foi significativamente mais elevada em comparação com os que tinham uma melhor perceção da sua saúde. Nos participantes portugueses, 70,8% daqueles que tinham IA autoavaliaram sua saúde como “menos do que boa” (19).

Em 2011, verificou-se em Lisboa (18,2%) e no Algarve (16,3%), uma prevalência mais elevada de famílias monoparentais, reconhecidamente um grupo social vulnerável, quando comparado com o valor nacional (14,9%) (17). Além disso, também foi reportado pelo Censos da População de 2011, que o desemprego atingiu 15,1% dessas famílias monoparentais (23).

O primeiro Inquérito Alimentar Nacional (IAN) foi realizado em 1980, pelo Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), com a colaboração do então Ministério da Agricultura e Pescas. Em 2017 foram lançados os resultados do segundo IAN- AF (Inquérito Alimentar Nacional, desta vez com a inclusão da Atividade Física). Registou-se que entre 2015 e 2016, “10% das famílias em Portugal experimentaram insegurança alimentar, ou seja, tiveram dificuldade, durante este período, de fornecer alimentos suficientes a toda a família, devido à falta de recursos financeiros; a maioria destas famílias tem menores de 18 anos” (13).

INFOFAMÍLIA 2011-2014	
Indicador	Prevalência
Insegurança Alimentar	48,7%
• IA Ligeira	28,2%
• IA Moderada	9,6%
• IA Grave	10,9%

IAN-AF 2015-2016	
Indicador	Prevalência
Insegurança Alimentar	10,1%
• IA Ligeira	7,5%
• IA Moderada	2,6%
• IA Grave	

EpiDoC3 2015-2016	
Indicador	Prevalência
Insegurança Alimentar	19,3%
• IA Ligeira	14,0%
• IA Moderada	3,5%
• IA Grave	1,8%

ReactCovid 2020	
Indicador	Prevalência
• IA Ligeira	32,7%
• IA Moderada	8,0%
• IA Grave	

FIGURA 3. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE PREVALÊNCIA DE IA DOS ÚLTIMOS 10 ANOS EM PORTUGAL, RECOLHIDOS POR QUATRO DIFERENTES ESTUDOS (INFOFAMÍLIA, IAN-AF, EPIDOC3, REACTCOVID)

Como a análise aos dados anteriores já fazia suspeitar, foram também detetadas claras disparidades regionais na distribuição da IA, mas desta vez as percentagens de incidência de IA mais elevadas foram indicadas nas Regiões Autónomas (13,4% em ambas as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira), sendo o Alentejo a região do continente que evidenciou mais severidade (11,6%). Neste estudo, tal como no INFOFAMÍLIA 2011/2014, a IA é sentida essencialmente como a dificuldade no acesso constante aos alimentos.

A amostra populacional do IAN-AF, quando comparada à do INFOFAMÍLIA, é composta por uma maior percentagem de pessoas com mais anos de educação e aposentados, e por uma menor percentagem de desempregados, como tal é expectável que esta diferença na natureza das amostras se traduza em níveis de IA diferentes.

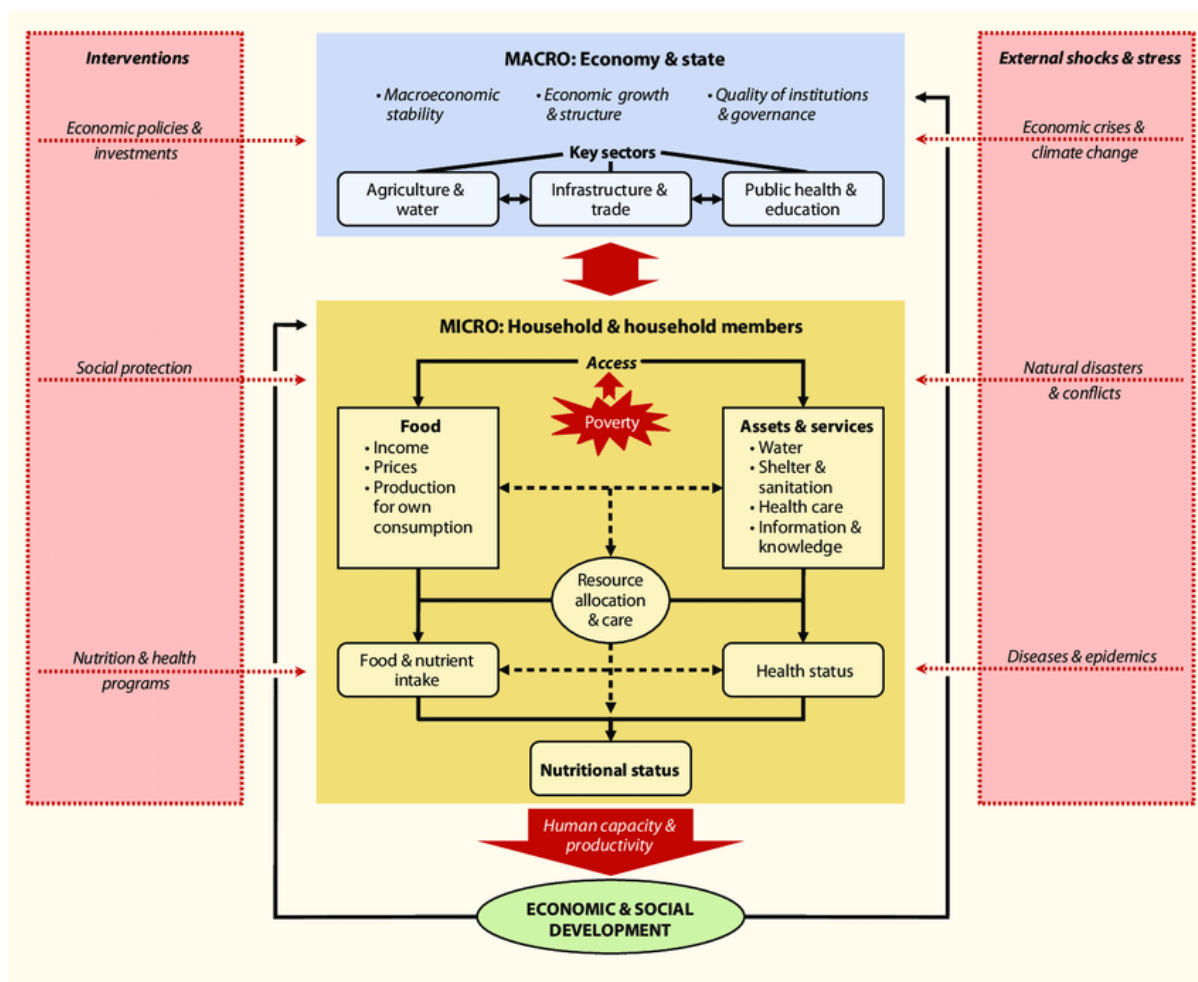


FIGURA 4. DIMENSÕES E INTERAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA NA INSEGURANÇA ALIMENTAR (24)

Foi realizado um estudo transversal incluindo 954 adultos jovens (26 anos) da coorte EPITeen (25). As associações entre características sociodemográficas (sexo, escolaridade, ocupação, tamanho e estrutura da família e percepção de renda familiar) e a IA foram estimadas por meio de regressão logística. Os jovens adultos que relataram um rendimento familiar insuficiente, tinham probabilidades aumentadas de pertencer a uma família com IA. Além disso, ter menos anos de escolaridade foram características que permaneceram associadas à IA no modelo ajustado.

Em situação de instabilidade económica, os jovens adultos estão em elevado o risco de sofrer de insegurança alimentar (26), algo que também se verifica com a prevalência de IA nos jovens Franceses (entre 8,5 e 11,3%) (27) e Dinamarqueses (13,2%) (28). Essas estimativas dos países europeus são muito mais baixas do que a prevalência de IA relatada anteriormente entre os jovens adultos portugueses em 2011–2013, durante o período de crise económica (43,7%) (16), mas em linha com publicação mais recente, em que adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, referiram uma prevalência de insegurança alimentar de 8,6% (29).

Ser mulher, bem como ter um nível de educação mais baixo, manteve-se significativamente associado a sofrer de IA, independentemente de idade e percepção de rendimento familiar. A percepção de rendimento familiar insuficiente esteve forte e positivamente associada à IA, independentemente do sexo, idade e escolaridade. A literatura suporta a tese de que as mulheres habitualmente são mais propensas a sofrer de IA, pois aumentam a consciencialização sobre a diminuição de alimentos da família e preocuparam-se ativamente com a proteção de todos os membros da família, o que pode levar a uma maior disposição de abdicar da ingestão de alimentos em favor de outros membros da família (29).

2.3. A INSEGURANÇA ALIMENTAR NA AGENDA POLÍTICA EM PORTUGAL

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 103/2018 determinou que o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSANP) contribuiria para a integração de matérias relativas à segurança alimentar e nutricional, bem como a participação social no âmbito da adoção dos respetivos instrumentos. Para além disso, seria objetivo que contribuísse para a concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada.

Afinal, quando entrou a IA para a agenda política no espaço Europeu e em Portugal?

A chegada da democracia a Portugal em 1974 foi crucial para o futuro da IA em Portugal, uma vez que com a queda da ditadura vem a possibilidade de pensar no acesso à saúde e na construção de uma política alimentar e nutricional em Portugal. Esta etapa caracteriza-se pela criação de centros de investigação como o Centro de Estudos de Nutrição (CEN) criado em 1971. Este centro “tinha como objetivos principais desenvolver estudos na área da composição nutricional dos alimentos portugueses, estudar e analisar as disponibilidades alimentares nacionais e o real consumo de alimentos e ainda estruturar as bases para uma política alimentar em Portugal” (30).

Instrumentos basilares haviam já sido estudados e criados, como a Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses (1961) e, o prestigiado médico Francisco Gonçalves Ferreira escreve em 1978, o artigo “Política Alimentar e de Nutrição em Portugal” que é caracterizado por conter “as primeiras linhas de pensamento para o desenho de uma política de alimentação e nutrição em Portugal” (31). Aqui, Gonçalves Ferreira define a política nutricional como “o conjunto de medidas que têm em vista por à disposição da população os alimentos de diversos tipos de que esta necessita e assegurar o seu consumo regular pelos indivíduos, procurando instituir ou manter hábitos corretos de alimentação e saúde” (32).

Em 1993, no Tratado de Maastricht, surge o primeiro quadro de ação na área da saúde pública, o que fomentou o crescimento de projetos para melhorar o estilo de vida das pessoas e a insegurança dos alimentos. No entanto, a prioridade foi a higiossanidade dos alimentos, mas não necessariamente o seu acesso e disponibilidade, pelo que do ponto de vista do estabelecimento de prioridades, no anos 90, a dimensão de *food security* foi secundária à de *food safety*.

A partir do ano de 2005, a prioridade política na área da nutrição passou a ser a prevenção de doenças crónicas, muito em harmonia com a linha da política Europeia da época, com o reconhecimento da importância de planos nacionais de combate à obesidade (32). Aqui, a Plataforma Contra a Obesidade foi um passo importante para a primeira abordagem a uma política intersectorial para promoção de uma alimentação saudável, mas pouco inclusiva do combate à IA, embora consciente da associação de baixo rendimento a um consumo alimentar com menos qualidade nutricional. Este trabalho, e a sua natureza multissetorial, foi considerada a base para o primeiro programa português na área da alimentação e nutrição, que é o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), criado em 2012.

Nos anos mais recentes, as preocupações com a pobreza e as desigualdades sociais foram tidas em conta nas agendas políticas europeias, especialmente devido às suas repercussões nos gastos de saúde pública e consumo alimentar dos europeus. No entanto, algumas inconsistências têm sido verificadas. Se por um lado a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a FAO consideram a redução das desigualdades sociais na saúde e a garantia da segurança alimentar das populações como objetivos prioritários, por outro a própria definição de segurança alimentar e IA é ainda algo a clarificar e a ser aceite pelos vários decisores.

A nível nacional não está politicamente explícito o que se entende por “segurança alimentar e nutricional”, porém o país participou com os restantes Estados membros da União Europeia (EU) na Cimeira Mundial da Alimentação (CMA) de 1996, o que faz com que tenha adotado a definição de segurança alimentar e nutricional veiculada pela FAO e decidida nesta Cimeira, apresentada na contextualização deste documento.

2.4. O DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA EM PORTUGAL

A segurança alimentar na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) não é uma necessidade exclusiva de países de baixo ou médio rendimento, mas deveria ser um pilar base na discussão do tema a nível nacional. Face à necessidade absoluta, incontestável e irremediável da alimentação, o direito à alimentação adequada foi um direito reconhecido em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos. O direito está explicitamente consagrado na Declaração no Artigo 25º :

“toda a pessoa tem direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem-estar de si mesmo e da sua família, o que inclui o direito à alimentação, vestuário, habitação, assistência médica e os serviços sociais necessários [...]” (6).

Após a responsabilização dos Estados pela violação do direito à alimentação, em 1994, é lançado o Relatório de Desenvolvimento Humano de 1994 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) que vem reforçar a indivisibilidade deste direito e sua magnitude no bem-estar do ser humano. Em conjugação com os instrumentos anteriores, é

possível concluir que por esta altura estavam já lançadas as sementes para uma progressiva abordagem humana da segurança alimentar e nutricional.

Em 1994, a FAO implementou o Programa Especial de Segurança Alimentar (PESA) e evolui na medida em que passa de uma abordagem muito centrada na tecnologia de produção para uma abordagem mais centrada nas pessoas. Ou seja, "o PESA abandonou o seu único objetivo de incrementar a produção agrícola, passando a procurar formas de melhorar o acesso aos alimentos" (33).

Apesar do direito à alimentação ser um direito de qualquer indivíduo, a fruição efetiva do mesmo é influenciada por diversos fatores externos ao próprio indivíduo, sendo necessário existir, em última instância, alguém responsável por o fazer cumprir, nomeadamente o estado. Foi neste sentido que, no Plano de Ação da Conferência em questão, foi acordada entre os vários países representados a redução a metade do número de pessoas com fome até 2015 (34).

Em 1999, o Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais da ONU (CDESC), aprovou o Comentário Geral No 12., definindo o DHAA como:

"[o] direito à alimentação adequada realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinhos ou em conjunto com a comunidade, têm acesso físico e económico a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para a sua obtenção em todo o momento"

O DHAA impõe aos Estados quatro obrigações:

(1) Respeitar o acesso aos alimentos já existente - os Estados não podem adotar medidas que condicionem a capacidade das pessoas ou grupos em obterem alimentos;

(2) Proteger - os Estados têm de adotar medidas que evitem que terceiros (indivíduos, grupos, empresas ou outras entidades) contribuam para a privação da população à alimentação adequada;

(3) Cumprir o seu comprometimento para com este direito - os Estados devem proactivamente criar condições que permitam a realização efetiva do direito humano à alimentação e que assegurem o acesso e utilização de recursos que assegurem os seus modos de vida e subsistência;

(4) a obrigação de prover o Direito Humano à Alimentação Adequada, garantindo que a população possa comprar ou produzir os alimentos.

A amplitude do DHAA refere-se a uma abordagem cada vez mais lata no sentido em que inclui não só a alimentação adequada enquanto dependente exclusiva de alimentos, mas também como uma situação dependente de fatores exógenos aos indivíduos e ainda das políticas nacionais e internacionais.

Pontos-chave:

- Uma das dificuldades na avaliação do estado da IA é a falta de dados representativos com metodologias homogéneas e recolhas de dados regulares. Os poucos estudos que foram realizados foram feitos em períodos distintos através de métodos, amostras e objetivos díspares;
- Entre 2015 e 2016, 10% das famílias em Portugal experimentaram IA;
- A IA estava presente em 16,5% dos domicílios e a baixa escolaridade foi o principal fator associado à IA;
- A segurança alimentar na ótica do direito humano à alimentação adequada não é uma necessidade exclusiva de países de baixo ou médio rendimento e devia estar mais presente na discussão da política de saúde Portuguesa.

3. INSEGURANÇA ALIMENTAR E A SAÚDE – QUE RELAÇÃO?

3.1. A SAÚDE EM PORTUGAL

A saúde dos indivíduos e das comunidades pode ser influenciada por uma variedade de fatores. O lugar onde vivemos, o estado do ambiente, a nossa genética, as nossas condições socioeconómicas, as nossas relações pessoais e os nossos comportamentos são alguns dos fatores que podem ter impactos consideráveis no estado da nossa saúde. De acordo com a OMS, este conjunto de fatores são considerados os determinantes da saúde.

A análise dos diferentes determinantes é o que permite avaliar a saúde e, consequentemente, permitir planear e intervir para melhorar a saúde dos indivíduos e das comunidades.

Em Portugal, no ano de 2020, 51,3% da população com mais de 16 anos avaliava como “bom” ou “muito bom” o seu estado de saúde, valor superior ao obtido no ano anterior e 13,3% como “mau” ou “muito mau”, valor inferior ao do ano anterior. No entanto, em 2019 e de acordo com os países da EU-27, Portugal continuava a ser um dos países em que a apreciação do estado de saúde era mais baixa (18,5p.p menos que a média obtida para a EU-27 – 68,6%) (35).

Relativamente à morbilidade, em 2019, Portugal eram um dos cinco países da EU-27 em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada. De acordo com as estatísticas da saúde 2019 do INE, no ano de 2020, 43,2% da população com 16 e mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, esta mais frequente nas mulheres e na população com 65 e mais anos (35).

Ao nível da mortalidade, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, continuam a ser as causas mais frequentes de óbitos em Portugal. Em conjunto, estes dois grupos de doenças concentraram cerca de 55% dos óbitos ocorridos no país (cerca de 54% nos dois anos anteriores). As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho circulatório as principais causas. A incidência e prevalência destas doenças é condicionada por diferentes fatores comportamentais associados a riscos individuais e sociais, como: Excesso de peso; Hábitos alimentares inadequados; Sedentarismo; Tabagismo; Alcoolismo.

Conjugando a morbilidade (taxas de existência de limitações devido a problemas de saúde) com a mortalidade (esperança de vida da população), temos o indicador “anos de vida saudável”. A esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 80,93 anos para o total da população no triénio terminado em 2019, mais elevada para as mulheres (83,51 anos) do que para os homens (77,95 anos). Considerando a informação relativa à existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável à nascença era de 59,2 anos, mais baixa para as mulheres (57,8 anos) do que para os homens (60,6 anos). Aos 65 anos, a expectativa de vida para a população em geral era de 19,61 anos (17,70 anos para os homens e 21,00 anos para as mulheres). Ajustando à morbilidade, a expectativa de número

de anos de vida saudável aos 65 anos é de 7,3 anos para a população em geral, 7,9 para os homens e 6,9 mulheres (35).

Assim, podemos concluir que os portugueses vivem bastante, mas por outro lado vivem com mais comorbilidades durante os seus últimos anos de vida como a diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas.

Em 2016, de acordo com o IAN-AF, 57% da população apresentava excesso de peso e obesidade e ao nível dos hábitos alimentares um em cada dois portugueses não ingere a quantidade de produtos hortícolas ou de fruta recomendada pela OMS. Também o consumo de açúcares simples representa mais de 10% do valor energético total (VET) sendo este de 15,4% da população nacional (13).

Relativamente ao consumo de substâncias como tabaco e o álcool, em 2014, cerca de 58% dos residentes em Portugal nunca tinham fumado; 20% eram fumadores e cerca de 22% eram ex-fumadores. De acordo com o IAN-AF a prevalência de consumo compulsivo de bebidas alcoólicas era de 16,7%, sendo predominante no sexo masculino (13).

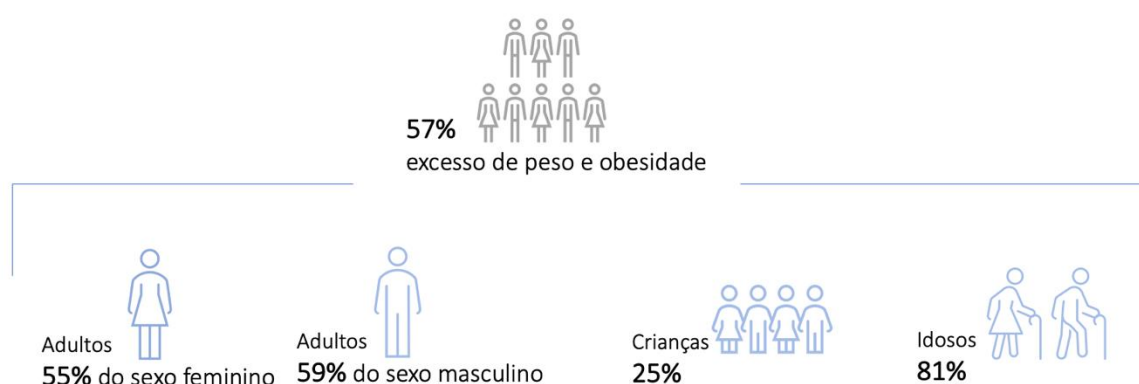


FIGURA 5. PREVALÊNCIA DE EXCESSO DE PESO E OBESIDADE POR CICLO DE VIDA E SEXO EM PORTUGAL, 2016. (13).

3.2. IMPACTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR NA SAÚDE

O impacto da IA na nutrição está associado ao estado nutricional dos indivíduos – presença ou não de malnutrição – que poderá ter, direta ou indiretamente, implicações ao nível da saúde.

Quando falamos em segurança alimentar, falamos também em segurança nutricional. Não descorando a distinção teórica entre segurança alimentar e segurança nutricional (ao nível do valor e composição nutricional dos alimentos), os esforços enveredados para tratar a segurança alimentar são válidos para a segurança nutricional.

A análise da IA ao nível familiar indica que esta condição pode afetar negativamente a qualidade da dieta dos indivíduos, principalmente na presença de IA moderada ou severa, onde se verifica um menor consumo de carne, laticínios, frutas e hortícolas. Sendo que, esta relação entre a qualidade da dieta e a severidade da IA, é consistente com a teoria da escala FIES anteriormente apresentada. Quando existe IA moderada, os indivíduos têm uma maior dificuldade em adquirir alimentos e, conseqüentemente, esta condição compromete a qualidade nutricional e/ou quantidade dos alimentos consumidos, demonstrando que o preço/custo e acessibilidade de alimentos nutricionalmente equilibrados é um factor chave da segurança alimentar e, conseqüentemente, da qualidade da dieta (2).

O impacto da IA ao nível da nutrição pode ser avaliado indiretamente pelo estado nutricional (através da antropometria²) e consumo alimentar.

Ao nível do estado nutricional, alguns estudos relacionaram a presença de IA com alterações no peso. Foi demonstrado que a IA pode estar relacionada com a presença de excesso de peso, onde valores mais elevados de Índice de Massa Corporal (IMC) foram associados com a IA. Esta associação pode ocorrer devido à acessibilidade alimentar, visto que famílias com presença de IA têm acesso a alimentos mais baratos e caloricamente mais elevados e algumas famílias reportam *overeating* de forma a compensar os períodos de maior carência vivenciados. Esta relação foi principalmente encontrada em mulheres e crianças. (36)(37).

Para além do excesso de peso, casos de *stunting*³, que podem refletir um efeito cumulativo crónico de malnutrição e não apenas de desnutrição, foram também associados à IA. A presença de *stunting* pode ter consequências não apenas ao nível da morbilidade e mortalidade, mas também ao nível do comprometimento funcional que inclui alterações cognitivas e no desempenho educacional (36).

O consumo alimentar, ao nível da frequência alimentar, foi relacionado com a IA principalmente ao nível do consumo de grupos alimentares como frutas e hortícolas. Famílias com IA apresentavam um consumo semanal inferior a cinco vezes deste grupo de alimentos (37). O número de refeições diárias e a sua variedade também foi influenciado pela IA, indivíduos nesta condição apresentaram menor variedade alimentar (37).

A alteração da qualidade e quantidade da dieta têm consequências ao nível do aporte de vitaminas e minerais. O consumo diminuído de certos grupos alimentares como fruta, hortícolas e laticínios provoca uma diminuição do aporte de vitamina A, vitamina B6, cálcio, magnésio, ferro e zinco (38).

Os défices vitamínicos podem ter impactos na saúde dos indivíduos. Verificou-se que o risco de desenvolvimento de anemia estava aumentado nas pessoas em situação de IA, principalmente nas crianças com menos de 3 anos e nas mulheres adultas. Outros estudos

² Antropometria – estudo das dimensões corporais humanas ao nível massa óssea, muscular e tecido adiposo.

³ *Stunting* – atraso no crescimento e desenvolvimento das crianças, ocorre quando a curva de crescimento altura-idade se encontra abaixo da mediana dos Padrões de Crescimento Infantil da OMS em dois ou mais desvios-padrões.

demonstraram que deficiências nutricionais ao nível do Ferro, folato, vitamina b12, vitamina A e vitamina D aumentam o risco de anemia (39).

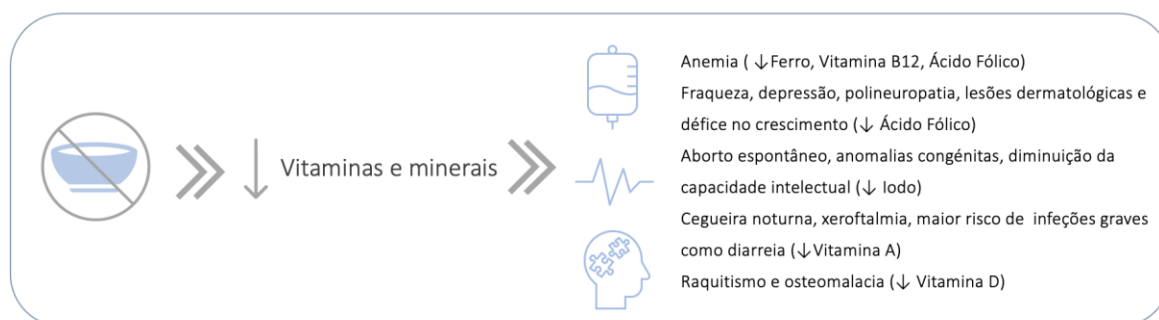


FIGURA 6. CONSEQUÊNCIAS DOS DÉFICES VITAMÍNICOS AO NÍVEL DA SAÚDE. (ELABORAÇÃO PRÓPRIA).

É também importante realçar o papel do estado nutricional e do consumo alimentar das mulheres aquando do aleitamento materno. O aleitamento materno é considerado uma prática de excelência nos primeiros 6 meses de vida do bebé, porém se existir um estado nutricional deficitário e/ou um consumo alimentar inadequado, tanto em quantidade como em qualidade, este pode prejudicar o desenvolvimento do bebé. Como tal, a segurança alimentar é considerada um fator de extrema importância que pode impactar o aleitamento materno.

Para além do estado nutricional e consumo alimentar, a IA também foi associado com a gestão de doenças crónicas, qualidade de vida e utilização de serviços de saúde. Indivíduos com presença de IA a nível familiar apresentavam piores níveis de qualidade de vida e maior risco de desenvolver sintomas associados a doenças crónicas pré-existent, como diabetes, doenças pulmonares e doenças do foro reumático (40).

Indivíduos de famílias com insegurança alimentar são mais propensos a relatar a interrupção da medicação e a redução das visitas ao médico devido a restrições económicas, comportamentos que a curto, médio e longo prazo terão um grande peso no seu nível de saúde, principalmente se forem portadores de alguma patologia(29).

Pontos-chave:

- Em 2019, 43,2% da população com 16 e mais anos referiu ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, algo mais frequente nas mulheres e na população com 65 e mais anos;
- Cerca de 57% da população apresenta excesso de peso e obesidade;
- Quando existe IA moderada, os indivíduos têm uma maior dificuldade em adquirir alimentos e, conseqüentemente, esta condição compromete a qualidade nutricional e/ou quantidade dos alimentos consumidos;

- Indivíduos com presença de IA a nível familiar apresentavam piores níveis de qualidade de vida e maior risco de desenvolver sintomas associados a doenças crónicas.

4. MEDIDAS NO COMBATE À INSEGURANÇA ALIMENTAR EM PORTUGAL

O combate à IA deve ser um processo global e multisetorial, como tal deve envolver o indivíduo e o meio onde este está inserido. As medidas mais comuns e apoiadas pelas Nações Unidas para o combate da IA estão relacionadas com o desperdício alimentar, produção alimentar sustentável, produção e consumo alimentar local, apoio às famílias mais carenciadas e grupos vulneráveis, aumento da literacia e educação e desenvolvimento de iniciativas que integrem os diferentes setores.

Em 2008 foi criado o Grupo de Trabalho de Alto Nível sobre a Crise Global de Segurança Alimentar composto por 23 membros da Organização das Nações Unidas (ONU) onde o objetivo seria promover uma resposta abrangente da comunidade internacional para o alcance da segurança alimentar e nutricional de forma global.

Como já referido anteriormente a IA entrou na agenda política portuguesa logo após o ano de 1974 e, desde então, várias medidas têm sido adoptadas de forma a combater direta e indiretamente a IA e fome em Portugal.

- **PROGRAMA OPERACIONAL DE APOIO ÀS PESSOAS MAIS CARENCIADAS (PO APMC) (41)**

A pobreza e a exclusão social são fenómenos complexos e relativamente extensos em Portugal, que impõem uma intervenção de médio e longo prazo, integrada e complementar a vários níveis. As dificuldades no acesso aos alimentos, decorrentes destas situações, são um dos problemas onde a intervenção social é fundamental.

Neste sentido foi desenvolvido o POAPMC que é financiado pelo Fundo de Auxílio às Pessoas Mais Carenciadas (FEAC) e pelo Orçamento de Estado (OE).

O POAPMC visa diminuir as situações de vulnerabilidade social e económica que colocam em risco a integração das pessoas e dos agregados familiares através do apoio alimentar, de outros bens de consumo básico e da sua capacitação, de forma a promover a sua inclusão. Para tal, foram estabelecidas medidas focadas no combate à privação alimentar como: Aquisição de produtos alimentares; Distribuição de produtos alimentares às pessoas mais carenciadas; Medidas de acompanhamento que visam capacitar os destinatários do apoio alimentar a vários níveis, procurando promover a sua inclusão social. Destas destaca-se a elaboração de um cabaz alimentar, em parceria com a Direção-Geral de Saúde (DGS), nutricionalmente adequado tendo em consideração questões de natureza climatérica e ambiental.

A implementação do PO APMC é assegurada através da colaboração de entidades públicas e do setor social como o Instituto de Segurança Social, a DGS e a Autoridade Segurança Alimentar e Económica (ASAE). No âmbito da distribuição alimentar conta com a colaboração

de mais 650 entidades parceiras do setor social. Estas entidades desenvolvem o seu trabalho de receção e distribuição do apoio alimentar distribuídas num total de 146 operações (135 no Continente, 8 nos Açores e 3 na Madeira), que se encontram espalhadas por todo o território nacional de forma a garantir que o apoio alimentar preconizado pelo programa se efetiva de modo equilibrado e equitativo.

Para além destas entidades, o PO APMC tem procurado envolver outros parceiros, nomeadamente para a elaboração do cabaz alimentar ao nível da sua composição e na definição de carência económica como: EAPN Portugal – Rede Europeia Anti Pobreza; Cruz Vermelha Portuguesa; Federação Portuguesa dos Bancos Alimentares Contra a Fome; Cáritas Portuguesa; União das Misericórdias Portuguesas; União das Mutualidades Portuguesas; Ordem dos Nutricionistas; Fundação Assistência Médico Internacional (AMI); Associação Nacional das Freguesias (ANAFRE); Associação Nacional dos Municípios Portugueses (ANMP) e Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS).

- **ESTRATÉGIA INTEGRADA PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (EIPAS)**

A EIPAS é uma estratégia intersetorial que apresenta um conjunto de 51 medidas de intervenção para promover a alimentação saudável que integra sete ministérios diferentes, nomeadamente Ministérios das Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural, e Mar (42).

Tem como missão “incentivar o consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos com impacto direto na prevenção e controlo das doenças crónicas” e apresenta 4 eixos de ação: Incentivar e facilitar acesso; capacitar e envolver todos; promover e qualificar; empreender e inovar. É no primeiro eixo de intervenção que aparecem as medidas associadas à IA, nomeadamente a medida 10 “Definir orientações para a oferta alimentar em instituições da economia social, em particular as que dão apoio à população idosa” e a medida 13 “Incentivar o consumo de fruta e hortícolas nas escolas. Aumentar os beneficiários do RFE e RLE” (43).

Esta estratégia é operacionalizada/liderada pela DGS através do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), onde são apresentados os resultados alcançados: *Avaliação das situações de insegurança alimentar; Agregação e recolha sistemática de indicadores do estado nutricional, do consumo alimentar e seus determinantes ao longo do ciclo de vida; avaliação das situações de insegurança alimentar e avaliação, monitorização e divulgação de boas práticas com o objetivo de promover consumos alimentares saudáveis ou protetores face à doença, a nível nacional* (44).

- **ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMBATE AO DESPERDÍCIO ALIMENTAR (ENCDA)**

A finitude dos recursos e matérias-primas de diversas atividades produtivas tem sido um dos principais motivos para a necessidade de alocação de conceitos como *sustentabilidade, crescimento verde e economia circular* na agenda política dos diferentes países. A área da produção alimentar é um dos exemplos de atividade que necessita especial atenção, dado que

a alimentação constitui uma necessidade básica das populações e a mesma tem que ser assegurada ao longo dos tempos.

Nas últimas décadas a cadeia de abastecimento alimentar, de forma a responder às necessidades da crescente população, tem sofrido diversas alterações tanto na produção como no fornecimento dos alimentos através da abertura de grandes mercados (super e hipers), modernização dos processos de produção e distribuição tornando-se, assim, uma cadeia mais distante do consumidor, mais complexa e mais global. Esta evolução acarretou aspetos positivos, pois permitiu aumento da produtividade agrícola, inovação e diversificação da produção industrial e garantiu a higiene e segurança alimentar dos alimentos promovendo o abastecimento de qualidade ao consumidor, mas também aspetos mais negativos nomeadamente perdas e desperdício alimentar ao longo do ciclo produtivo.

Na UE, estima-se que são desperdiçados 89 milhões de toneladas de alimentos por ano, o que representa 179 kg per capita e custo associados de 143 biliões de euros (45). Assim, o tema do desperdício alimentar tem ganho crescente importância por parte das instituições quer a nível nacional quer ao nível internacional levando a adopção de medidas que promovam a produção sustentável.

No quadro das Nações Unidas os ODS 2030 contemplam este tema através do ODS 12, concretamente a meta 12.3 que preconiza “redução para metade do desperdício de alimentos per capita a nível mundial, de retalho e do consumidor”, pretendendo-se assim reduzir o desperdício alimentar ao longo da cadeia de produção e abastecimento incluindo os desperdício ao nível do consumidor final (1).

Portugal é signatário deste objetivo e, como tal, desenvolveu em 2018 a Estratégia Nacional e Plano de Ação de Combate ao Desperdício Alimentar aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/2018, de 5 de abril, que visa a redução do desperdício alimentar ao longo da cadeia agroalimentar, da produção até ao consumidor. Esta Estratégia integra 9 áreas governativas em ligação com a sociedade civil e assenta em três pilares: Prevenir, Reduzir e Monitorizar (46).

- ***ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO (ENIPSSA)***

Em Portugal, no final de 2019, existiam 7107 pessoas em situação de sem-abrigo. As pessoas em situação de sem-abrigo são indivíduos mais vulneráveis tanto do ponto de vista social-económico como do ponto de vista da saúde (47). Em 2009 foi criada a primeira Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo 2009-2015 (ENIPSSA) que envolveu diversas entidades, públicas e privadas, na sua elaboração, implementação e monitorização.

A ENIPSA desempenhou um papel importante ao nível dos serviços de proximidade através da criação de Núcleos de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo (NPISA) que desenvolvem uma ação mais local.

Após 2015 surgiu a ENIPSA 2017-2023, onde apresenta três objetivos estratégicos: *A promoção do conhecimento do fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo; A informação, sensibilização e educação para o problema; O reforço de uma intervenção promotora da integração das pessoas em situação de sem-abrigo, bem como a coordenação, monitorização e avaliação da ENIPSSA 2017-2023* (48).

Juntamente com a ENIPSSA 2017-2023, foi criada uma Comissão Interministerial que visa assegurar a execução da estratégia, por via da convergência de objetivos, recursos e estratégias entre os diferentes organismos com responsabilidades diretas na implementação de medidas de política e de intervenção para as pessoas em situação de sem-abrigo. Este trabalho é desenvolvido em articulação com o grupo interinstitucional designado por GIMAE23, que tem como objetivo promover e acompanhar o desenvolvimento da ENIPSSA, garantido a mobilização do conjunto dos intervenientes de CONSANP (49).

- **OFERTA ALIMENTAR EM MEIO ESCOLAR**

A alimentação é uma das áreas prioritárias na área da educação em Portugal estando presente tanto no currículo como na oferta alimentar.

No currículo, a Segurança Alimentar e o Direito à Alimentação são um dos subtemas que integram o Referencial para a Saúde, uma ferramenta que é utilizada e adaptada em função da realidade de cada contexto educativo (50).

Ao nível da oferta alimentar, diversas medidas têm sido desenvolvidas neste âmbito: promoção do consumo de alimentos como fruta, legumes, leite e produtos lácteos aos alunos do pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico através de ações educativas (Portaria n.º 113/2018, de 30 de abril); distribuição gratuita de leite diária, fornecimento de refeições gratuitas ou a um preço comparticipado e distribuição de frutas e hortícolas a alunos de municípios que integrem o Regime Escolar.

Estas medidas de ação social servem para prevenir a exclusão social e o abandono escolar e promover o sucesso escolar e educativo independentemente das condições sociais, económicas, culturais e familiares, também garantem a segurança alimentar promovendo a equidade no acesso e na qualidade da oferta alimentar (refeições nutricionalmente equilibradas) em meio escolar (51).

Pontos-chave:

- O combate à IA deve ser um processo global e multisetorial, como tal deve envolver o indivíduo e o meio onde este está inserido;
- O POAPMC visa diminuir as situações de vulnerabilidade social e económica que colocam em risco a integração das pessoas e dos agregados familiares através do apoio alimentar;

- No primeiro eixo de intervenção da EIPAS aparecem as medidas associadas à IA ("Definir orientações para a oferta alimentar em instituições da economia social, em particular as que dão apoio à população idosa" e "Incentivar o consumo de fruta e hortícolas nas escolas. Aumentar os beneficiários do RFE e RLE");
- A Estratégia Nacional e Plano de Ação de Combate ao Desperdício Alimentar visa a redução do desperdício alimentar ao longo da cadeia agroalimentar, da produção até ao consumidor;
- A ENIPSSA visa assegurar a implementação de medidas de política e de intervenção para as pessoas em situação de sem-abrigo;
- A oferta alimentar em meio escolar promove o consumo de fruta, hortícolas, leite e produtos lácteos em alunos do pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico, não só através de medidas educativas, mas como através da facilitação do acesso.

5. VISÃO DEPOIS DA REVISÃO: O FUTURO

Este trabalho reforçou a necessidade que esforços no âmbito da luta contra a IA requerem colaborações inovadoras e multisetoriais em todas as políticas de alimentação e nutrição. Aqui, os dados existentes e o exemplo das políticas que analisamos reiteram a nossa hipótese de que a complexidade da IA parece exigir obrigatoriamente uma abordagem em todas as dimensões da sociedade, desde o indivíduo e seu agregado familiar até à comunidade em que está inserido.

As políticas de proteção social são necessárias para garantir que há condições socioeconómicas suficientes para não condicionar o estado nutricional e a saúde. A fome ainda é vista como algo agudo e momentâneo, contudo, os seus efeitos crónicos a nível da saúde física e mental são devastadores no ciclo de vida e comprometem a qualidade de vida e o potencial do indivíduo.

Uma questão central no combate à IA, é o acesso dos indivíduos aos alimentos necessários para a manutenção de um estado de saúde adequado: a arbitrariedade não é suficiente para colmatar necessidades nutricionais e a desvantagem social e económica não pode nunca eticamente justificar que isso seja um determinante menos importante quando se trata de populações desfavorecidas. Vários países da EU falham nos seus programas de assistência alimentar precisamente por não darem a devida importância ao valor nutricional dos seus cabazes de ajuda alimentar. Em Portugal esta questão também tem sido endereçada, embora na prática a variabilidade local demonstra que ainda há muito a melhorar. O objetivo da ajuda alimentar deve ser empoderar os indivíduos e nunca diminuí-los ou reduzir a sua dignidade. Isso é algo que também o nutricionista deve pensar, seja no âmbito da política ou da intervenção clínica.

A monitorização da segurança alimentar a nível local com a colaboração dos municípios e de instituições sociais locais deveria ser considerada como uma estratégia futura. Se queremos garantir a maximização dos recursos e a sustentabilidade alimentar das estratégias, a promoção de circuitos alimentares curtos é da maior importância e tal só se consegue ser alcançado com uma gestão a nível local.

Ainda no âmbito da necessidade da monitorização periódica, a utilização de escalas semelhantes de ferramentas equiparáveis e metodologias comparáveis e reprodutíveis são necessidades urgentes e importantes para a melhoria do estudo da prevalência de IA em Portugal.

A obtenção de dados é muito valiosa para o desenvolvimento de estratégias de intervenção adequadas às populações em causa e as suas particularidades (altamente variáveis até a nível intermunicipal no território Português). A evidência parece sugerir que os idosos, mulheres, não estar casado(a), ter menos anos de educação, um emprego menos qualificado/especializado e pertencer a um domicílio com menores rendimentos são os principais determinantes presentes nas populações onde a intervenção é mais urgente.

Hoje, diferentes estratégias concorrem para a segurança alimentar e nutricional em Portugal, e a maior parte delas envolveu ou envolve participação multidisciplinar de diferentes áreas de política e de diferentes atores da sociedade. Sem um sistema de vigilância que recolha sistematicamente os hábitos alimentares de uma amostra representativa da população portuguesa, através de metodologias validadas e comparáveis no espaço europeu (e sua conversão em nutrientes), é impossível definir adequadamente recomendações nutricionais para a população e prioridades de intervenção alimentar.

Alguns estudos compararam as diferenças socioculturais, crenças e hábitos alimentares entre amostras de portugueses nativos e de imigrantes. A comparação de desigualdades intersectoriais e a forma como os determinantes sociais de saúde interferem nos padrões alimentares, quer na população portuguesa quer em minorias étnicas, é uma falha e um vazio na literatura disponível sobre o assunto.

Por essa razão e, numa ótica de complementaridade e interdisciplinaridade, entende-se que é a partir da sinergia do que já está no terreno que melhor se pode potenciar uma estratégia de segurança alimentar e nutricional em Portugal. A nossa reflexão suporta a hipótese que a existência de políticas públicas intersectoriais é fundamental no combate à fome e mitigação de carências nutricionais em Portugal, sendo esta hipótese potencialmente mais clara com a elaboração deste trabalho. Garantir a participação de diversos atores faz prever uma intersectorialidade essencial e necessária à abordagem holística da segurança alimentar que, no caso do governo, congregue em aliança os variados ministérios, nomeadamente: o Ministério da Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural; Economia; Educação; Saúde; Ambiente; Planeamento e Infraestruturas; e, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Adicionalmente, não podemos ignorar que estas políticas devem estar a par do desenvolvimento económico e manutenção do emprego, assegurando assim, um desenvolvimento adequado ao panorama de mercado em que Portugal se insere.

Se o desafio da sustentabilidade é uma necessidade urgente em todas as políticas de ordem alimentar, no combate à IA este não pode ser esquecido. A promoção do padrão alimentar mediterrânico (com o aumento de produtos frescos e vegetais sazonais de produção local) parece ser uma abordagem com valor, contudo, devemos ser sensíveis às variações locais, preferências e necessidades culturais/religiosas de cada população.

A dificuldade de acesso a alimentos saudáveis, conjugada com o agravamento das condições económicas leva a uma prevalência do consumo de produtos processados e industrializados cuja margem de lucro para as empresas é maior e, por isso, recebem maior destaque no retalho português, nomeadamente através de promoções e posicionamento estratégico ao longo do supermercado, seguindo o *nudging* muito pouco favorável à saúde dos consumidores. Parece ser vital aumentar a literacia alimentar portuguesa, dotando os cidadãos portugueses de conhecimento que lhes permita conhecer e escolher os melhores alimentos para a sua saúde, tornando-os autónomos nas suas escolhas, mas reconhecendo o impacto de um ambiente obesogénico na ingestão alimentar.

O cumprimento de todos estes desafios culmina numa efetiva abordagem do DHAA que trate da alimentação como um direito. Em 1979 foi publicado em Diário da República a Lei nº56/79 que criou o Serviço Nacional de Saúde. Em Portugal, o direito à proteção da saúde e o acesso generalizado a cuidados de saúde está nos termos da constituição. O Direito à Saúde está mais enraizado e a sua necessidade é aparentemente tida como mais imediatamente compreensível. Já o DHAA não está tão representado, nem legalmente nem socialmente, talvez pela ponte com o estado social não estar tão sólida. Não obstante, não acreditamos que estes dois direitos fundamentais possam ser dissociados daquele que é o pensamento político e integrado da saúde. Dado o impacto da alimentação (e da falta dela) na saúde, parece difícil acreditar na resistência à advocacia feita neste sentido.

A nível municipal, sistemas alimentares alternativos podem ser instigados, por exemplo, nos planos de desenvolvimento rural ou urbano que fomentem cadeias da produção ao consumo cada vez mais curtas, seguras e saudáveis. Para tal, dois conceitos parecem ser da maior importância: “sistemas alimentares locais” e “circuitos curtos agroalimentares”, clarificados em 2012 por um grupo de trabalho do Ministério da Agricultura, Mar, Ambiente e Ordenamento do Território.

- Sistema Alimentar Local: “Um conjunto de atividades interligadas, em que a produção, a transformação, a distribuição e o consumo de produtos alimentares visam promover a utilização sustentável dos recursos ambientais, económicos, sociais e nutricionais de um território. Este é definido como uma comunidade de interesses localizados, reforçando as relações entre os respetivos agentes intervenientes”;

- Circuito Curto Agroalimentar (CCA): “Um modo de comercialização que se efetua ou por venda direta do produtor para o consumidor ou por venda indireta, com a condição de não haver mais de um intermediário. A ele se associa uma proximidade geográfica (concelho e concelhos limítrofes) e relacional entre produtores e consumidores”.

Para além disto, alguns dos argumentos mais persuasores para os decisores políticos – os benefícios económicos que estas estratégias e respostas oferecem. A capacidade de dar solução às falhas das cadeias de abastecimento alimentar são acentuadas pelo sistema alimentar convencional, nomeadamente no que toca ao empoderamento económico e empreendedorismo da classe económica dos agricultores e promoção das economias locais.

Para além disso, a redução da IA promove uma menor utilização dos cuidados de saúde, menos despesas com tratamento e contenção de sintomatologia e a prevenção de comorbilidades habitualmente associadas a situações de IA.

Para este repto podem ser experimentadas soluções como a capacitação nestes domínios, ou o maior envolvimento dos jovens nestes sistemas. Esta capacidade limitada de expansão de produção em quantidade e variedade podem ser obstáculos aos quais dar resposta.

Garantir uma resposta adequada à IA é uma necessidade nacional, e não nos podemos não nos podemos querer mentalizar que é um problema exclusivo de países com menos

rendimentos. Não o é, os efeitos sociais e económicos negativos da pandemia são um exemplo que a IA é uma necessidade atual do nosso país.

Posto isto, uma estratégia de segurança alimentar e nutricional, teria necessariamente de garantir:

1. Reconhecimento dos grupos populacionais mais vulneráveis (como mulheres, não-casadas/não-casados, imigrantes, população com menos literacia e anos de escolaridades, e os idosos);
2. A garantia de políticas públicas intersectoriais, fundamental na prevenção e combate da insegurança alimentar, e na melhoria do estado de saúde da população;
3. Atuação em toda a cadeia agroalimentar, promovendo uma assistência alimentar mais local e sustentável;
4. Recolha sistemática de dados, estabelecimento de ações integradas, e avaliação adequada dos resultados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | Agenda 2030 - Indicadores para Portugal [Internet]. 2018 [cited 2021 May 10]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=332274994&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
2. FAO, IFAD, UNICEF W and W. The state of food security and nutrition in the world. Transforming food systems for affordable healthy diets. IEEE Journal of Selected Topics in Applied Earth Observations and Remote Sensing. Rome; 2020.
3. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Guide to Measuring Household Food Security, Revised 2000. [Internet]. 2000. Available from: <https://naldc.nal.usda.gov/catalog/38369>
4. Vieira ER, Vaccaro JA, Zarini GG, Huffman FG. Health indicators of US older adults who received or did not receive meals funded by the Older Americans. J Aging Res. 2017;2017:21608.
5. Whittle HJ, Sheira LA, Wolfe WR, Frongillo EA, Palar K. Food insecurity is associated with anxiety, stress, and symptoms of posttraumatic stress disorder in a cohort of women with or at risk of HIV in the United States. J Nutr. 2019;149(8):1393–403.
6. Assembly UG. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. p. 217 A (III). Available from: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html>
7. FAO. The state of food insecurity in the world, 2011. Food insecurity: when people live with hunger and fear starvation. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2001.
8. Uribe, Álvarez MC, Estrada Restrepo A, Summit UN, Shamah-Levy T, Mundo-Rosas V, Rivera-Dommarco JA, et al. An introduction to the basic concepts of food security. [Internet]. Vol. 95,

- EC - FAO Food Security Programme EC - FAO Food Security Programme. 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21812205> <http://jn.nutrition.org/content/140/1/153> S.abstract%5Cn <http://link.springer.com/10.1007/s11205-009-9455-4> %5Cn <http://www.fao.org/docrep/013/al936e/al936e00.pdf> %5Cn www.andes.info.ec/es/noticias/fao-ecuador-boli
9. FAO. Improving household food security [Internet]. [cited 2021 Apr 29]. Available from: <http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/ICN/ichnfs.htm>
 10. Calogero C, Zezza A, Banerjee R. Towards better measurement of household food security: Harmonizing indicators and the role of household surveys. *Glob Food Sec* [Internet]. 2013;2(1):30–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gfs.2012.11.006>
 11. Bhattacharya J, Currie J, Haider S. Poverty, food insecurity, and nutritional outcomes in children and adults. *J Health Econ*. 2004;23(4):839–62.
 12. Lee JS, Gundersen C, Cook J, Laraia B, Johnson MA. Food Insecurity and Health across the Lifespan. *Adv Nutr*. 2012;3(5):744–5.
 13. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física: IAN-AF 2015-2016: relatório de resultados 2017. Porto: Universidade do Porto; 2017.
 14. DGS - Direção Geral da Saúde. React - Covid. Inquérito sobre Alimentação e Atividade Física em contexto de contenção social. Lisbon; 2020.
 15. The World Bank. Gini index (World Bank Estimate) [Internet]. 2021 [cited 2021 May 10]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>
 16. Gregório, Maria João, Graça, Pedro, Santos AC et al. INFOFAMÍLIA 2011-2014 – Quatro anos de monitorização da Segurança Alimentar e outras questões de saúde relacionadas com condições socioeconómicas, em agregados familiares portugueses utentes dos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa; 2017.
 17. Gregório MJ, Graça P, Costa A, Nogueira P. Time and regional perspectives of food insecurity during the economic crisis in Portugal, 2011-2013. *Rev Saúde e Soc*. 2014;23(4):1127–41.
 18. Melo A, Matias MA, Dias SS, Gregório MJ, Rodrigues AM, De Sousa RD, et al. Is food insecurity related to health-care use, access and absenteeism? *Public Health Nutrition*. *Public Heal Nutr*. 2019;22(17):3211–9.
 19. Alarcão V, Guiomar S, Oliveira A, Severo M, Correia D, Torres D, et al. Food insecurity and social determinants of health among immigrants and natives in Portugal. *Food Secur*. 2020;12:579–89.
 20. Álvares L, Amaral TF. Food Insecurity and Associated Factors in the Portuguese Population. *Food Nutr Bull*. 2014;35(4):395–402.
 21. Costa L, Dias S, Martins M. Fruit and vegetable consumption among immigrants in Portugal: A Nationwide cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:2299.
 22. Fernandes S., Rodrigues A, Nunes C, Santos C, Gregório MJ, de Sousa R, et al. Food insecurity in older adults: Results from the epidemiology of chronic diseases cohort study 3. *Front Med*. 2018;5:203.
 23. INE. Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População: V Recenseamento Geral da Habitação. Resultados definitivos: Região Norte. Lisboa; 2012.
 24. Breisinger C, Ecker O, Perrihan A-R, Yu B. Beyond the Arab awakening: Policies and investments for poverty reduction and food security [Internet]. Washington, DC; 2012. Available from: <https://www.ifpri.org/publication/beyond-arab-awakening>

25. Maia I, Monjardino T, Lucas R, Ramos E, Santos A. Household food insecurity and socio-demographic determinants in young adults: findings from a Portuguese population-based sample. *Int J Public Heal*. 2019;64(6):887–95.
26. Baer T, Scherer E, Fleegler E, Hassan A. Food Insecurity and the Burden of Health-Related Social Problems in an Urban Youth Population. *J Adolesc Heal*. 2015;57(6):601–7.
27. Pryor L, Lioret S, Van der Waerden J, Fombonne É, Falissard B, Melchior M. Food insecurity and mental health problems among a community sample of young adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(8):1073–81.
28. Lund TB, Holm L, Tetens I, Smed S, Nielsen AL. Food insecurity in Denmark—socio-demographic determinants and associations with eating- and health-related variables. *Eur J Public Health*. 2018;28(2):283–8.
29. Gregório MJ, Rodrigues AM, Graça P, de Sousa R, Dias S, Branco J, et al. Food Insecurity Is Associated with Low Adherence to the Mediterranean Diet and Adverse Health Conditions in Portuguese Adults. *Front Public Heal*. 2018;6(38).
30. Graça P, Torres D. Contributos para uma estratégia de promoção da alimentação saudável e sustentável em Portugal. [Internet]. Gabinete d. Dimas B, Diniz E, Granchinho M, de Moraes AF, Moura AR, Miguel AC, et al., editors. CULTIVAR Cadernos de Análise e Prospetiva. Lisboa; 2016. Available from: https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2016/05/Cultivar_3_digital.pdf
31. Ferreira FG. Política alimentar e de nutrição em Portugal. *CEN*. 1978;2(1):3–28.
32. Graça P, Gregório MJ. Evolução da política alimentar e de nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. *Rev Aliment Humana* [Internet]. 2012;18(3):79–86. Available from: <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&fmo=pa&publicacao=21&edicao=78>
33. Sarmiento F. Condicionantes históricas da construção da segurança alimentar no Atlântico: o caso de Angola e São Tomé e Príncipe. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro; 2008.
34. FAO. Declaração de Roma Sobre a Segurança Alimentar Mundial e Plano de Acção da Cimeira Mundial da Alimentação [Internet]. World Food Summit. 1996. Available from: <http://www.fao.org/3/w3613p/w3613p00.htm>
35. INE. Estatísticas da Saúde - 2019. Instituto. Vol. 1, Instituto Nacional de Estatística. Lisboa; 2021. 1699 p.
36. Dondí A, Piccinno V, Morigi F, Sureshkumar S, Gori D, Lanari M. Food insecurity and major diet-related morbidities in migrating children: A systematic review. *Nutrients*. 2020;12(2):1–26.
37. André HP, Sperandio N, Siqueira RL de, Franceschini S do CC, Priore SE. Food and nutrition insecurity indicators associated with iron deficiency anemia in Brazilian children: A systematic review. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(4):1159–67.
38. Hanson KL, Connor LM. Food insecurity and dietary quality in US adults and children: a systematic review. 2014;(1):684–92.
39. Moradi S, Arghavani H, Issah A, et al. Food insecurity and anaemia risk: a systematic review and meta-analysis. 2018;21(May 2021):3067–79.
40. Sharkey, Joseph R., Johnson, Cassandra M., Dean WR. Relationship of Household Food Insecurity to Health-Related Quality of Life (HRQOL) in a Large Sample of Rural and Urban Women. *Women Heal*. 2011;51(1):442–60.
41. POAPMC. Programa Operacional de Apoio às pessoas mais carenciadas - Quem Somos [Internet]. 2016. Available from: <http://poapmc.portugal2020.pt/>
42. EIPAS. Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável - Conheça a EIPAS

- [Internet]. 2017. Available from: <https://eipas.pt/>
43. EIPAS. Eixos e Medidas [Internet]. 2017. Available from: <https://eipas.pt/eixos-e-medidas/>
 44. Graça P, Sousa S, Correia A, Salvador C, Filipe J, Carriço J, et al. Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015. Direção-Geral da Saúde , Lisboa. 2016;99.
 45. EC. Food Waste [Internet]. 2021. Available from: https://ec.europa.eu/food/food/food-waste_en
 46. CNCDA. Estratégia de Combate ao Desperdício Alimentar [Internet]. 2018. Available from: <https://www.cncda.gov.pt/index.php/estrategia-e-plano-de-acao/estrategia-de-combate-ao-desperdicio-alimentar>
 47. ENIPSSA. Inquérito de caracterização das pessoas em situação de sem-abrigo. Síntese de Resultados. 2019.
 48. ENIPSSA. Eixos de intervenção [Internet]. 2017. Available from: <http://www.enipssa.pt/eixos-de-intervencao>
 49. EAPN. GRUPO IMPLEMENTAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS SEM-ABRIGO (GIMAE) [Internet]. 2016. Available from: <https://www.eapn.pt/projeto/137/grupo-implementacao-monitorizacao-e-avaliacao-da-estrategia-nacional-para-a-integracao-das-pessoas-sem-abrigo-gimae>
 50. DGS, DGE. Referencial da educação para a saúde. Ministério da Educação; DGS, editor. 2017.
 51. DGE. Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania [Internet]. 2016. Available from: <https://www.dge.mec.pt/estrategia-nacional-de-educacao-para-cidadania>