

Insegurança alimentar e padrões de consumo em pacientes em tratamento hemodialítico: análise das correlações entre indicadores socioeconômicos e nutricionais

Food insecurity and consumption patterns in hemodialysis patients: an analysis of correlations between socioeconomic and nutritional indicators

Inseguridad alimentaria y patrones de consumo en pacientes en hemodiálisis: un análisis de las correlaciones entre indicadores socioeconómicos y nutricionales.

Sophia Pires Dantas Cavalcanti

Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS; Recife; E-mail: sophiacavalcanti12@hotmail.com.

Tayná Brasileiro Lima

Discente da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS; Recife; E-mail: taynabrasileiro6@gmail.com

Samanta Siqueira de Almeida

Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS; Recife; E-mail: samantasiqueiradealmeida@gmail.com

Lilian Cabral Guerra

Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS; Recife; E-mail: lilian.guerra@fps.edu.br

RESUMO

Este estudo investigou a insegurança alimentar e sua relação com o consumo alimentar de pacientes com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise, considerando que a condição impõe restrições físicas, sociais e dietéticas que comprometem a qualidade de vida (Neves et al., 2020; Luz et al., 2022; Silva & Lima, 2023). Trata-se de um estudo transversal, baseado em banco de dados secundário, realizado no Centro de Hemodiálise do IMIP, com amostra não probabilística de 160 pacientes adultos e

idosos (De Albuquerque et al., 2024). Foram utilizados um questionário socioeconômico, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) e um questionário de consumo alimentar (Brasil, 2014; Bezerra et al., 2020).

O perfil sociodemográfico revelou predominância de adultos (70%), renda familiar de até dois salários mínimos (71,2%) e desemprego elevado (58,1%) (Ferreira, 2024).

A análise de correlação de Pearson demonstrou associações significativas entre itens da EBIA, indicando progressão consistente da insegurança alimentar. Observou-se que a preocupação com a falta de alimentos correlacionou-se fortemente à redução da variedade alimentar ($r = 0,753$; $p < 0,01$) e à diminuição da quantidade consumida ($r = 0,677$; $p < 0,01$). Entre domicílios com crianças, houve correlações fortes entre indicadores de insegurança moderada e grave. No consumo alimentar, a insegurança refletiu-se na redução de alimentos de maior custo e em padrões alimentares irregulares (Ciriaco, 2023; Santos, Martarolli & Borges, 2025).

A discussão evidencia que a insegurança alimentar manifesta-se tanto em dimensões perceptivas quanto comportamentais, reforçando seu caráter estrutural e multidimensional, relacionado às condições socioeconômicas e à restrição dietética imposta pela DRC (Neves et al., 2021; Silva & Steluti, 2025). Conclui-se que compreender a insegurança alimentar em pacientes dialíticos é essencial para subsidiar intervenções nutricionais efetivas e políticas públicas que promovam equidade e adesão ao tratamento (Bem-Lignani et al., 2020; Paula & Zimmermann, 2021).

Palavras Chaves: Doença Renal Crônica, Insegurança Alimentar, Segurança Alimentar

ABSTRACT

This study investigated food insecurity and its relationship with food consumption in patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing hemodialysis, considering that the condition imposes physical, social, and dietary restrictions that compromise quality of life (Neves et al., 2020; Luz et al., 2022; Silva & Lima, 2023). This is a cross-sectional study, based on a secondary database, conducted at the IMIP Hemodialysis Center, with a non-probabilistic sample of 160 adult and elderly patients (De Albuquerque et al., 2024). A socioeconomic questionnaire, the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA), and a food consumption questionnaire were used (Brazil, 2014; Bezerra et al., 2020).

The sociodemographic profile revealed a predominance of adults (70%), family income of up to two minimum wages (71.2%), and high unemployment (58.1%) (Ferreira, 2024). Pearson's correlation analysis demonstrated significant associations between EBIA items, indicating consistent progression of food insecurity. Concern about food shortages was strongly correlated with reduced food variety ($r = 0.753$; $p < 0.01$) and decreased food consumption ($r = 0.677$; $p < 0.01$). Among households with children, there were strong correlations between indicators of moderate and severe insecurity. In food consumption, insecurity was reflected in a reduction in higher-cost foods and irregular eating patterns (Ciriaco, 2023; Santos, Martarolli & Borges).

Key words: Doença Renal Crônica, Insegurança Alimentar, Segurança Alimentar

RESUMEN

Este estudio investigó la inseguridad alimentaria y su relación con el consumo alimentario de pacientes con enfermedad renal crónica (erc) en hemodiálisis, teniendo en cuenta que esta afección impone restricciones físicas, sociales y dietéticas que comprometen la calidad de vida (neves et al., 2020; luz et al., 2022; silva y lima, 2023). Se trata de un estudio transversal, basado en una base de datos secundaria, realizado en el centro de hemodiálisis del imip, con una muestra no probabilística de 160 pacientes adultos y ancianos (de albuquerque et al., 2024). Se utilizaron un cuestionario socioeconómico, la escala brasileña de inseguridad alimentaria (ebia) y un cuestionario de consumo alimentario (brasil, 2014; bezerra et al., 2020).

El perfil sociodemográfico reveló un predominio de adultos (70 %), ingresos familiares de hasta dos salarios mínimos (71,2 %) y un alto índice de desempleo (58,1 %) (ferreira, 2024). El análisis de correlación de pearson demostró asociaciones significativas entre los ítems de la ebia, lo que indica una progresión constante de la inseguridad alimentaria. Se observó que la preocupación por la falta de alimentos se correlacionaba fuertemente con la reducción de la variedad alimentaria ($r = 0,753$; $p < 0,01$) y la disminución de la cantidad consumida ($r = 0,677$; $p < 0,01$). Entre los hogares con niños, se observaron fuertes correlaciones entre los indicadores de inseguridad moderada y grave. En el consumo de alimentos, la inseguridad se reflejó en la reducción

de los alimentos de mayor coste y en patrones alimentarios irregulares (ciriaco, 2023; santos, martarolli y borges)

Palabras clave: Enfermedad renal crónica, inseguridad alimentaria, seguridad alimentaria.

INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) é uma condição de evolução progressiva caracterizada pela perda irreversível da função renal, exigindo, em estágios avançados, terapias substitutivas como a hemodiálise. O tratamento hemodialítico, embora essencial para a manutenção da vida, impõe diversas limitações físicas, emocionais e sociais ao paciente, repercutindo diretamente na sua qualidade de vida e em seus hábitos alimentares (Neves, et al, 2020; Luz, et al, 2022; Silva, Lima, 2023; De Albuquerque et al, 2024). Além do impacto clínico, o regime terapêutico contínuo, o afastamento laboral e o custo associado ao tratamento frequentemente contribuem para a vulnerabilidade socioeconômica desses indivíduos (Bezerra, et al, 2020; Bousquet-Santos, Costa, Andrade, 2021).

Um dos principais fatores que determina a eficácia do tratamento da HD é adesão ao tratamento nutricional, sendo esse, dependente do ciclo de suporte econômico, familiar, psicológico e social. A garantia ao acesso, consumo, disponibilidade adequada, regular e permanente a alimentos de boa qualidade e em boa quantidade é primordial para o sucesso do tratamento renal dialítico (Bezerra, et al, 2020; Neves, et al, 2021).

Diante disso, a insegurança alimentar surge como um importante determinante social da saúde em pacientes renais crônicos. Em pacientes em hemodiálise, essa situação tende a ser agravada pela necessidade de restrições dietéticas específicas, que podem limitar ainda mais a variedade alimentar e aumentar a dependência de redes de apoio e políticas públicas (Levey, et al, 2020; Neves, et al, 2020). O direito à adequada alimentação é essencial para a garantia de um padrão de vida satisfatório e adequado, principalmente para pacientes com patologia crônica, dessa forma, é dever do Estado de garantir estes direitos aos cidadãos, promovendo equidade entre os grupos populacionais vulneráveis, através de políticas de saúde públicas eficazes e sustentáveis, respeitando

a soberania alimentar (Brasil, 2014; Rezende,et al, 2021; De Albuquerque et al, 2024).

Nesse contexto, a Segurança Alimentar e nutricional (SAN) é um dos principais parâmetros contextuais para a realização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) por meio da garantia desse acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adquiridos pelas políticas sociais adequadas, estando associada aos fatores econômicos, geográficos, sociais e culturais prejudiciais ao acesso aos alimentos e a capacidade para compra ou produção (Brasil, 2014; Oliveira, Carvalho, 2020).

O conceito de SAN, consolidado na Segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, realizada em 2004, foi definido como a *“realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, econômica e socialmente sustentáveis”* (Bem-Lignani, J. et al.2020; Bezerra, 2020).

Diante desse desenho, o direito à alimentação emerge com critérios:

- A alimentação deve ser acessível, ou seja, a renda, conflitos internos, ação de monopólios ou mesmo desvios não poderão impedir o acesso à alimentação;
- O acesso à alimentação deverá ser regular, ou seja, a população deve alimentar-se ao menos 3 vezes ao dia;
- A alimentação deve ser segura do ponto higiênico-sanitária, ou seja, estar adequada quanto à validade e livre de contaminantes, respeitando a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis.

A SAN ainda abrange o conceito de dieta adequada que deve suprir as necessidades energéticas, sendo diversificada e ajustada conforme os parâmetros de idade, condições fisiológicas, atividade física e hábitos culturais. Constituindo-se de um objetivo estratégico e permanente de políticas públicas baseadas pelas diretrizes da soberania alimentar e Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), apresentando o intuito de erradicar os índices da fome, da desnutrição e manifestações graves de insegurança alimentar da população (Bem-Lignani, J. et al.2020; Bezerra, 2020; Paula, Zimmermann, 2021; Rezende,et al, 2021).

Paralelamente, os contextos de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) desencadeiam injúrias nutricionais e clínicas, conforme as seguintes classificações:

- Insegurança alimentar leve: ocorre quando há incerteza sobre a capacidade para conseguir alimentos;
- Insegurança alimentar moderada: quando a quantidade e qualidade dos alimentos e variedade estão comprometidas;
- Insegurança alimentar grave: é o somatório dessas colocações, quando não são consumidos alimentos durante mais de um dia, segundo a escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA) (Bezerra, Olinda, Pedraza, 2017, Brasil, 2023).

Assim, a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) é um fenômeno complexo e multidimensional, formado em um processo contínuo de repercussões negativas no desenvolvimento econômico e social.(Bem-Lignani, J. et al.2020; Paula, Zimmermann, 2021; Vigisan, 2022).

Neste contexto de vulnerabilidade econômica e social, os pacientes portadores de DRC tendem a apresentar diversas complicações e disfunções nutricionais. Frequentemente, devido à progressão da doença, à dietoterapia restritiva, ao tratamento hemodialítico e à falta de acesso a uma alimentação adequada e variada, podendo ocorrer o consumo contínuo de alimentos de baixo valor nutricional e/ou não recomendados, ocasionando a hiperfosfatemia, considerada um fator de risco independente para o aumento da mortalidade, devendo ser controlada através de uma tríade: restrição dietética de fósforo, através do consumo de alimentos in natura e hipofosfatêmicos, além da terapia medicamentosa e prescrição de diálise (Andrade, Andrade, 2020; Neves, et al, 2021; Castro, 2021).

Em longo prazo, a depleção do estado bioquímico e nutricional é proporcional a perda da função renal, ocasionando a desnutrição com etiologia multifatorial, associada à ingestão alimentar insuficiente, hipercatabolismo, além das perdas relacionadas à diálise. Por estes e os demais fatores, é essencial o acesso a uma dieta adequada em qualidade e quantidade, capaz de garantir as necessidades de macro e de micronutrientes e que suplante perdas do processo de HD esteja ao alcance dos pacientes portadores de DRC (Bialeski et al, 2022; Hendriks, Kooman, Van-Loon, 2021; Silva & Lima, 2023).

JUSTIFICATIVA

A adesão à dietoterapia no tratamento da drc adequada é essencial para a eficácia do

tratamento dialítico. Entretanto parte da dificuldade no seguimento das orientações e prescrições nutricionais decorre de contextos como o baixo nível de escolaridade, e fragilidades socioeconômicas, ocasionando um elevado grau de morbimortalidade da população atingida, sendo essas variáveis de extrema relevância na determinação da san.

A IAN, agrava o acesso permanente e contínuo aos alimentos de qualidade e seguros, comprometendo a alimentação básica dos pacientes e provocando alterações significativas no perfil bioquímico, a reposta clínica aos tratamentos e aumentando as chances de intercorrências durante a hd, desconfortos físicos e perda ponderal.

Por esses motivos investigações acerca da san torna-se essencial para prevenir e evitar as complicações prejudiciais saúde e a qualidade de vida.

HIPÓTESE

Pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentam comprometimento do estado nutricional.

Pacientes renais crônicos em hemodiálise apresentam dificuldades em dar seguimento às orientações nutricionais devido ao nível econômico, ao nível de escolaridade e ao contexto de insegurança alimentar, com conseqüente interferência na adesão e modificação dos hábitos alimentares.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar os níveis de insegurança alimentar e sua relação com o consumo alimentar de pacientes portadores de drc em tratamento hemodialítico.

Específicos

Averiguar o perfil socioeconômico de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico.

Verificar a presença e categorizar o grau de insegurança alimentar, correlacionando com a dieta usual referida através do consumo alimentar e do discurso dos pacientes renais crônicos.

METODOLOGIA

Tipo e desenho do estudo

Este estudo trata-se de um apanhado de uma pesquisa maior, do tipo transversal que utilizou um banco de dados secundário de um projeto de conclusão de residência em nutrição clínica com parecer do caae: 68377023.6.0000.5201, constituído de cunho social e nutricional, sendo composto de abordagem quantitativa e com uma amostra não probabilística de conveniência.

Local do estudo

O banco de dados foi construído por uma pesquisa realizada no serviço do centro de hemodiálise do instituto de medicina integral prof. Fernando figueira (imip), sendo de propriedade dessa instituição hospitalar.

O imip é uma entidade filantrópica brasileira localizada em recife – pe que atua nas áreas de assistência médico – social, ensino, pesquisa e extensão comunitária voltada para população carente pernambucana. O complexo hospitalar é reconhecido como uma das estruturas mais importantes do país, sendo referência assistencial em diversas áreas médicas, conveniado ao sistema único de saúde (sus) e que realiza cerca de 600 mil atendimentos anuais.

O centro de hemodiálise do imip, do público adulto, tem como objetivo qualificar a assistência prestada à população pernambucana, diminuindo o sofrimento dos usuários do sus, a mortalidade por doenças renais e os gastos com tratamento fora domicílio. Em 2022, a média de sessões do atendimento ambulatorial adulto é em torno de 2.500 sessões por mês.

Período do estudo

O estudo foi realizado no período de maio a novembro de 2023 durante o período de residência de nutrição clínica na modalidade uniprofissional, com duração de sete meses, após a aprovação do comitê de ética e pesquisa (CEP) do imip.

População do estudo

A população do estudo constituiu-se por adultos e idosos de ambos os sexos que estejam em tratamento de hemodiálise, independente da doença de base e de serem transplantados renais.

Plano amostral

Para o desenvolvimento do plano amostral da pesquisa considerou-se uma amostra

racional, por conveniência, sendo selecionados os pacientes que se enquadrassem nos critérios de inclusão e que concordaram em participar no período determinado para o estudo, dividido em grupos conforme a faixa etária para verificar as particularidades dessas populações.

Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

- Adultos e idosos;
- Pacientes do sexo masculino e feminino;
- Moradores de Recife ou de outras cidades do estado de Pernambuco em diversos contextos sociais;
- Pacientes em tratamento no serviço de hemodiálise, submetidos ou não a procedimentos intervencionistas (transplante e /ou diálise peritoneal);
- Pacientes que estejam em acompanhamento com a equipe de nutrição do serviço, com, no mínimo, de 2 consultas realizadas.

Critérios de exclusão

- Pacientes pediátricos;
- Pacientes com impossibilidade de serem acompanhados no estudo, tais como os com comprometimento neurológico ou portadores de necessidades especiais;
- Pacientes em uso de terapia nutricional enteral;
- Pacientes que se recusaram a participar do estudo ou aqueles que retiraram seu consentimento em qualquer etapa do estudo.

Coleta de dados

Para a utilização do banco de dados secundários, deve-se obter a permissão do comitê de ética e pesquisa (cep) com a solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (tcle) (apêndice b), pois trata-se de uma pesquisa que utilizou, como coleta de dados, as informações primárias que já foram apuradas com os participantes durante as consultas nutricionais e nas análises via prontuário eletrônico do paciente (pep) no período descrito acima.

A coleta de dados da pesquisa primária iniciou-se, após a aprovação do sistema de informações gerenciais de acompanhamento de projetos (sigap) e do cep do imip, com a identificação dos pacientes que se enquadrassem nos critérios descritos e a separação dos pacientes em dois grupos, conforme faixa etária: adultos (menores de 60 anos) e

idosos. Primeiramente houve a coleta de informações referentes da identificação socioeconômica através do modelo de questionário social adaptado (anexo 1).

A coleta de dados para avaliação do nível socioeconômico e do consumo alimentar dos pacientes foi realizada por meio da aplicação dos seguintes instrumentos de coleta: 1º, a escala brasileira de insegurança alimentar (ebia) (apêndice c) e 2º, a aplicação do questionário de consumo alimentar para a população adulta e idosa (apêndice d). Esses apêndices e anexos foram utilizados durante e após a consulta nutricional.

Dados socioeconômicos

Nesse item do banco de dados, teve-se a coleta das seguintes informações: dados demográficos a respeito da idade, etnia, procedência, renda familiar, conforme o valor salário mínimo brasileiro estimado em 2023 (1.302,00 reais), acesso a programas e benefícios da seguridade social, condição de transporte utilizado para o tratamento (hemodiálise), situação habitacional e comunitária (moradia, estrutura física e lazer), convivência familiar (apoio familiar), nível de escolaridade e, possivelmente, identificação de vulnerabilidades (anexo 2).

Dados nutricionais e de segurança alimentar

Para esse tópico realizou-se a aplicação da ebia, averiguando o grau de insegurança do paciente (apêndice c) e composta de perguntas fechadas, relativas à percepção dos pacientes sobre a situação alimentar vivida nos últimos três meses anteriores a coleta de dados, conforme desenvolvido e validado em estudos de acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras para validar o instrumento de coleta de dados.

As respostas foram analisadas, considerando o processo de insegurança alimentar crescente e contexto socioeconômico atual da pessoa entrevistada. Nos domicílios que constou a presença de menores de 18 anos consideraram-se as categorias com os seguintes pontos de corte: segurança alimentar (sa) (0), insegurança alimentar leve (ial) (1-5), insegurança alimentar moderada (iam) (6-9) e insegurança alimentar grave (iag) (10-14). Enquanto que nos domicílios sem residentes menores de 18 anos, consideraram-se: sa (0), ial (1-3), iam (4-5) e iag (6-8) (Brasil, 2014).

Além da avaliação do consumo alimentar que foi feita através da aplicação de um questionário de consumo geral para a população adulta e idosa por categoria alimentar adaptado conforme a referência de Krause (2018) (apêndice d), que visou demonstrar e exemplificar o perfil de consumo por categoria alimentar usual da população em geral

e possível presença de algum grau de insegurança alimentar, correlacionando com os resultados demais instrumentos utilizados. Todos os dados coletados foram mantidos em sigilo e confidencialidade (apêndice e), e que durante o andamento da pesquisa não houve custos para os pacientes e para a instituição hospitalar (apêndice f).

Plano de análise de dados

As informações presentes na composição do banco de dados foram digitados em dupla entrada e organizados no software excel na versão 2010 e transferidos para o programa de análise estatística statistical package for social sciences – spss do windows - spss versão 23.0 e no programa microsoft word 2010 para a execução dos testes descritivos e análise estatística, principalmente, obtendo por meio das fórmulas descritas, os valores médios e os desvios padrões das categorias estabelecidas, conforme o consumo alimentar dos pacientes que visou também incorporar todas as variáveis bioquímicas, clínicas, sociais e nutricionais e as divisões clínicas adotadas, contemplando os objetivos do estudo pela construção de gráficos, tabelas e parágrafos descritivos.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa primário só se iniciou com a aprovação do comitê de ética e pesquisa do imip, de acordo com a resolução no 466/12 do conselho nacional de saúde. Todos os dados coletados ficaram sob a guarda das pesquisadoras, sendo garantido seu sigilo e confidencialidade. O imip foi a instituição participante, sendo solicitada a autorização para a realização da pesquisa (carta de anuência - apêndice a).

Conflito de interesses

As pesquisadoras responsáveis pela pesquisa declaram não haver conflito de interesses na execução deste estudo e nem na utilização desse banco de dados secundários.

Riscos e benefícios

A metodologia empregada não traz nenhum riscos, pois utilizará dados já coletados de um banco de dados.com relação aos benefícios para o paciente, espera-se com este estudo possa ter proporcionado uma reflexão e possível mudança de perspectiva desses pacientes sobre a atuação da alimentação na eficácia do tratamento dialítico e na melhor qualidade de vida, além de ter fornecido orientações nutricionais mais aprofundadas para o contexto socioeconômico e de segurança alimentar dos pacientes, contribuindo também para a comunidade científica tendo em vista a escassez de estudos sobre o tema.

RESULTADOS ESPERADOS

Esperou-se, ao final desse estudo, identificar um número relevante de indivíduos em estado de insegurança alimentar.

Além de hábitos de consumo alimentar inadequado, podendo estar associado com diversos graus de insegurança alimentar, repercutindo em alterações bioquímicas séricas.

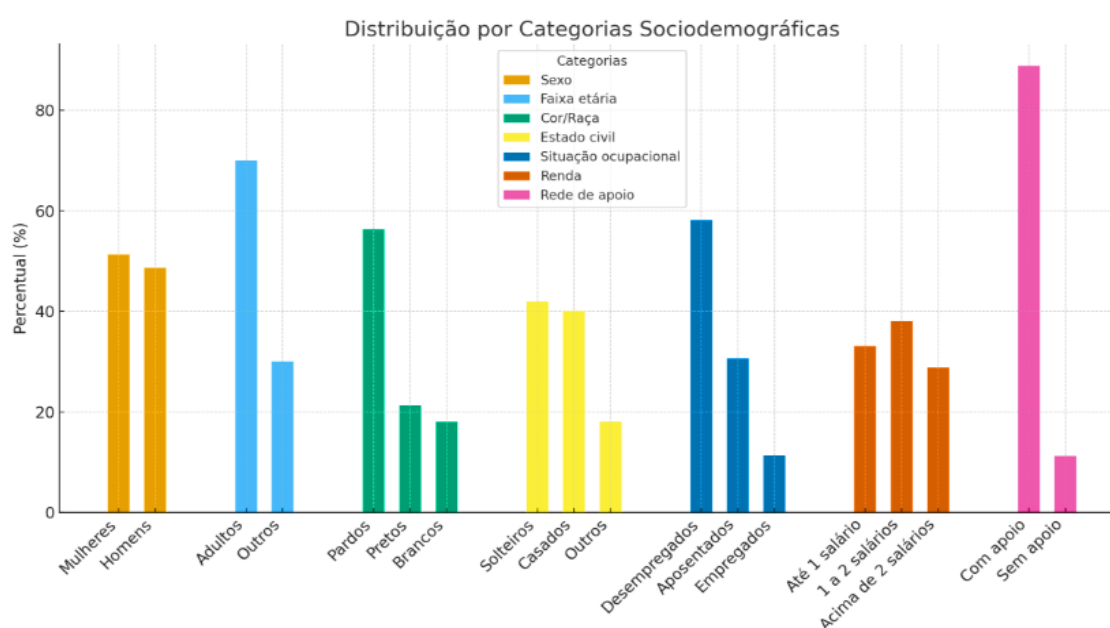
RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 160 participantes, sendo 82 mulheres (51,3%) e 78 homens (48,7%), com predominância de adultos ($n = 112$; 70%). Em relação à cor/raça autodeclarada, 90 (56,3%) identificaram-se como pardos, 34 (21,3%) como pretos e 29 (18,1%) como brancos, gráfico 1.

Quanto ao estado civil, observou-se distribuição semelhante entre solteiros ($n = 67$; 41,9%) e casados ($n = 64$; 40%), sendo que 83 participantes (51,9%) residiam na região metropolitana, gráfico 1.

No que tange à rede de apoio, a grande maioria relatou contar com algum tipo de suporte social (142; 88,8%). Entretanto, 93 participantes (58,1%) encontravam-se desempregados, 49 (30,6%) estavam aposentados e apenas 18 (11,3%) mantinham vínculo empregatício ativo. Em relação à renda mensal, 61 indivíduos (38,1%) declararam receber entre 1 e 2 salários mínimos, enquanto 53 (33,1%) viviam com até 1 salário mínimo, gráfico 1.

Assim, a baixa renda configurou-se como o principal fator de vulnerabilidade socioeconômica, afetando 80 participantes (58,3%), gráfico 1.



A análise de correlação de pearson entre os itens da escala brasileira de insegurança alimentar (ebia) revelou associações positivas e estatisticamente significativas entre a maioria dos indicadores de insegurança alimentar (tabela 1). Observou-se que a **preocupação com a possibilidade de falta de alimentos** apresentou correlação

moderada a forte com outros domínios da escala, destacando-se a **redução na variedade dos alimentos por restrição econômica** ($r = 0,753$; $p < 0,01$) e a **diminuição na quantidade de alimentos consumidos para que durassem mais** ($r = 0,677$; $p < 0,01$).

Essa tendência sugere que o temor de desabastecimento está intimamente relacionado a práticas concretas de contenção alimentar no domicílio. De forma semelhante, a **redução na variedade dos alimentos por restrição econômica** correlacionou-se positivamente com a **diminuição na quantidade de alimentos consumidos** ($r = 0,632$; $p < 0,01$), reforçando o caráter multidimensional da experiência de insegurança alimentar.

Entre os domicílios com crianças, observou-se correlação forte entre os indicadores **“crianças comeram menos por falta de alimentos”** e **“crianças deixaram de fazer refeições devido à insuficiência de alimentos”** ($r = 0,791$; $p < 0,01$), bem como associação significativa com **“crianças passaram um dia inteiro sem comer”** ($r = 0,507$; $p < 0,01$).

Esses achados indicam consistência interna elevada entre os itens que mensuram a insegurança alimentar moderada e grave, com especial impacto no grupo infantil. As correlações entre os itens da ebia e as variáveis de frequência alimentar (tabela 2) evidenciaram padrões nutricionais distintos associados aos níveis de insegurança alimentar.

Tabela 1. Correlações entre itens da escala brasileira de insegurança alimentar (ebia)

<i>Variáveis</i>	<i>(r)</i>	<i>(p)</i>
<i>Preocupação com a possibilidade de falta de alimentos versus Falta de recursos financeiros para manter estoque adequado</i>	0,368	P < 0,01
<i>Preocupação com a possibilidade de falta de alimentos versus redução na variedade dos alimentos por restrição econômica</i>	0,753	P < 0,01
<i>Preocupação com a possibilidade de falta de alimentos versus diminuição na quantidade de alimentos consumidos para que durassem mais</i>	0,677	P < 0,01
<i>Falta de recursos financeiros para manter estoque adequado</i>	0,302	P < 0,01

<i>versus redução na variedade dos alimentos por restrição econômica</i>		
<i>Redução na variedade dos alimentos por restrição econômica versus diminuição na quantidade de alimentos consumidos para que durassem mais</i>	0,632	P < 0,01
<i>Interrupção de refeições devido à falta de alimentos versus consumo de menor quantidade de alimentos do que o necessário</i>	0,571	P < 0,01
<i>Crianças da casa comeram menos por falta de alimentos versus crianças deixaram de fazer refeições devido à insuficiência de alimentos</i>	0,791	P < 0,01
<i>Crianças deixaram de fazer refeições versus crianças sentiram fome e não havia alimentos disponíveis</i>	0,555	P < 0,01
<i>Crianças da casa comeram menos por falta de alimentos versus crianças passaram um dia inteiro sem comer por falta de alimentos</i>	0,507	P < 0,01

Nota: correlações significativas segundo coeficiente de pearson. Valores de p ajustados para níveis de significância de 0,05 e 0,01.

O **consumo de carne bovina** apresentou correlação negativa com a **redução na variedade dos alimentos por restrição econômica** ($r = -0,256$; $p < 0,01$), indicando que a limitação financeira restringe o acesso a fontes proteicas de maior custo. De modo semelhante, o **consumo de margarina** foi inversamente correlacionado à **diminuição na quantidade de alimentos consumidos para que durassem mais** ($r = -0,260$; $p < 0,01$), sugerindo substituições alimentares em contextos de escassez. Por outro lado, o **consumo de peixes permitidos** associou-se positivamente tanto à **interrupção de refeições por falta de alimentos** ($r = 0,255$; $p < 0,01$) quanto ao **uso de adoçantes artificiais** ($r = 0,236$; $p < 0,01$), podendo refletir um padrão alimentar heterogêneo, no qual coexistem práticas de restrição e escolhas alimentares específicas.

Ainda, o **consumo de castanhas** mostrou correlação positiva com a **preocupação com a falta de alimentos** ($r = 0,325$; $p < 0,01$), possivelmente indicando uma maior consciência alimentar entre indivíduos em risco de insegurança leve. De modo geral, os resultados apontam que a insegurança alimentar se manifesta em múltiplos níveis de

gravidade, refletindo-se tanto na diversidade e na quantidade de alimentos disponíveis quanto em alterações perceptíveis no padrão alimentar familiar. As correlações observadas corroboram a validade estrutural da ebia e reforçam sua sensibilidade para captar variações nos comportamentos alimentares em diferentes contextos socioeconômicos.

Tabela 2. Correlações entre itens da escala brasileira de insegurança alimentar (ebia) e variáveis de frequência alimentar

<i>Variáveis</i>	<i>(r)</i>	<i>(p)</i>
<i>Consumo de carne bovina versus redução na variedade dos alimentos por restrição econômica</i>	-0,256	$P < 0,01$
<i>Consumo de carne salgada versus preocupação com a possibilidade de falta de alimentos</i>	-0,189	$P < 0,05$
<i>Consumo de peixes permitidos versus interrupção de refeições devido à falta de alimentos</i>	0,255	$P < 0,01$
<i>Consumo de embutidos versus interrupção de refeições devido à falta de alimentos</i>	-0,084	$P < 0,05$
<i>Consumo de margarina versus diminuição na quantidade de alimentos consumidos para que durassem mais</i>	-0,260	$P < 0,01$
<i>Consumo de frutas ricas em potássio versus interrupção de refeições devido à falta de alimentos</i>	0,170	$P < 0,05$
<i>Consumo de castanhas versus preocupação com a possibilidade de falta de alimentos</i>	0,325	$P < 0,01$
<i>Consumo de peixes permitidos versus consumo de pipoca de canjica</i>	0,244	$P < 0,01$
<i>Consumo de peixes permitidos versus uso de adoçantes artificiais</i>	0,236	$P < 0,01$
<i>Consumo de peixes a evitar versus consumo de peixes permitidos</i>	0,280	$P < 0,01$

Nota: correlações significativas segundo coeficiente de pearson. Valores de p ajustados para níveis de significância de 0,05 e 0,01.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um perfil sociodemográfico caracterizado pela predominância de adultos (70%), com distribuição equilibrada entre os sexos e prevalência de indivíduos autodeclarados pardos (56,3%), corroborando com o estudo de ferreira e colaboradores que constatou um percentual de 55,1% de autodeclaração de cor da pele parda (55,1%) (ferreira, n. S., 2024). Esse panorama reflete, em parte, a composição populacional brasileira, na qual a autodeclaração parda representa o grupo majoritário segundo o ibge (2022). A expressiva proporção de participantes de baixa renda 71,2% vivendo com até dois salários mínimos e o elevado índice de desemprego (58,1%) apontam para um contexto de vulnerabilidade socioeconômica que potencializa a insegurança alimentar, conforme já documentado em estudos nacionais (ferreira, n. S., 2024).

A elevada proporção de indivíduos que relataram contar com algum tipo de rede de apoio (88,8%) sugere que, mesmo diante de limitações econômicas, o suporte social desempenha papel relevante na mitigação dos efeitos da privação alimentar. No entanto, a presença de insegurança alimentar significativa entre os participantes indica que a rede de apoio, embora importante, não tem sido suficiente para assegurar a estabilidade do acesso aos alimentos uma tendência igualmente observada por santos, martarolli e borges (2025) que destacam a limitação das redes informais frente à persistência da vulnerabilidade econômica estrutural.

As análises de correlação entre os itens da escala brasileira de insegurança alimentar (ebia) confirmaram a consistência interna da medida e a interdependência entre os diferentes níveis de gravidade da insegurança alimentar. A forte associação entre a **preocupação com a possibilidade de falta de alimentos** e a **redução na variedade dos alimentos por restrição econômica** ($r = 0,753$; $p < 0,01$) e entre esta e a **diminuição na quantidade de alimentos consumidos** ($r = 0,632$; $p < 0,01$) demonstra que a insegurança alimentar transcende o campo das percepções subjetivas, materializando-se em estratégias concretas de contenção alimentar. Esse achado corrobora investigações anteriores que identificam a insegurança alimentar como fenômeno multidimensional, no qual dimensões emocionais, cognitivas e comportamentais coexistem (ciriaco, 2023; de jesus frança et al, 2025; silva & steluti, 2025).

Entre os domicílios com crianças, a forte correlação entre os itens “crianças comeram menos por falta de alimentos” e “crianças deixaram de fazer refeições” ($r = 0,791$; $p < 0,01$) evidencia a severidade da insegurança alimentar infantil, frequentemente associada a quadros de insegurança moderada e grave. Esses achados reiteram a vulnerabilidade das famílias com crianças, grupo que, segundo a literatura, tende a adotar estratégias alimentares mais drásticas para preservar o consumo dos adultos ou diluir os alimentos disponíveis (Ciriaco, 2023). A consistência entre os indicadores infantis reforça, ainda, a validade da ebia na detecção de situações de privação alimentar em diferentes faixas etárias.

No tocante à relação entre a insegurança alimentar e o padrão de consumo alimentar, as correlações negativas observadas entre o consumo de **carne bovina** e a **redução na variedade dos alimentos** ($r = -0,256$; $p < 0,01$), bem como entre o consumo de **margarina** e a **diminuição na quantidade de alimentos** ($r = -0,260$; $p < 0,01$), indicam um impacto direto da restrição financeira sobre a diversidade e a qualidade nutricional da dieta. Esses resultados reforçam achados de outros estudos que apontam a carne bovina como um dos primeiros itens a serem reduzidos em períodos de crise econômica, em virtude de seu alto custo (Ciriaco, 2023; Ferreira, n. S., 2024; Santos, Martarolli e Borges, 2025).

Por outro lado, correlações positivas inesperadas, como entre o consumo de **castanhas** e a **preocupação com a falta de alimentos** ($r = 0,325$; $p < 0,01$), sugerem a coexistência de perfis alimentares heterogêneos, possivelmente associados a diferentes percepções de risco ou a maior conscientização alimentar em grupos de insegurança leve. Da mesma forma, a associação positiva entre o consumo de **peixes permitidos** e a **interrupção de refeições** ($r = 0,255$; $p < 0,01$) pode refletir tanto a irregularidade no padrão alimentar quanto escolhas adaptativas decorrentes da variabilidade no acesso aos alimentos (Ferreira, n. S., 2024).

De forma geral, as correlações observadas evidenciam que a insegurança alimentar não se limita à escassez de alimentos, mas se manifesta em alterações complexas nas práticas e nas escolhas alimentares. Esses achados estão em consonância com as evidências recentes sobre o agravamento da insegurança alimentar no Brasil, especialmente após o contexto pandêmico e o aumento da inflação de alimentos, que ampliaram a desigualdade de acesso a produtos básicos (Ciriaco, 2023).

Em síntese, os resultados deste estudo reforçam o caráter estrutural e multifacetado

da insegurança alimentar, associando-a não apenas à renda e à condição ocupacional, mas também a transformações perceptíveis na qualidade e na diversidade alimentar.

A consistência interna da ebia, aliada às correlações observadas com variáveis de frequência alimentar, confirma sua validade como instrumento sensível para avaliar a insegurança alimentar em diferentes contextos socioeconômicos. Esses achados destacam a necessidade de políticas públicas integradas que contemplem não apenas o aumento da renda, mas também o fortalecimento das redes de apoio e o incentivo à segurança nutricional de grupos vulneráveis.

CONCLUSÃO

A avaliação da (IN)segurança alimentar com base na percepção de portadores de doença renal crônica em tratamento hemodialítico, constitui uma estratégia eficiente para compreender as características sociodemográficas e sociais associadas a essa condição, fornecer estratégias de manejo junto à equipe multiprofissional e bases para a compreensão de algumas das possíveis variáveis do não seguimento das orientações nutricionais.

É evidente que o agravamento de condições crônicas, como a drc, está relacionado a fatores comportamentais, socioeconômicos, ambientais e à disponibilidade de produtos saudáveis, que impactam diretamente os hábitos alimentares. Devido a esses fatores, estudos que também analisem o impacto das condições sociais na adesão ao tratamento nutricional tornam-se extremamente relevantes, pois esses estudos poderão contribuir com a promoção de uma agenda multifacetada de políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. **Albuquerque, graciene lucas de et al.** Abordagem dietética na fase de diálise em pacientes com doença renal crônica (drc) avançada. Editora licuri, p. 116-129, 2024.
2. **Andrade, c. M.; andrade, a. M. S.** Perfil da morbimortalidade por doença renal crônica no brasil. Revista baiana de saúde pública, v. 44, n. 2, p. 38-52, 2020.
3. **Bem-lignani, j. Et al.** Relationship between social indicators and food insecurity: a systematic review. Rev. Bras. Epidemiol., n. 23, 2020.
4. **Bezerra, m. S. Et al.** Insegurança alimentar e nutricional no brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. Ciência & saúde coletiva, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, 2020.
5. **Bezerra, t. A.; olinda, r. A.; pedraza, d. F.** Insegurança alimentar no brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. Ciên. Saúde colet., v. 2, n. 22, p. 637-651, 2017.
6. **Bialeski, a. B.; lopes, c. M.; iser, b. P. M.** Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. Cadernos de saúde coletiva, v. 30, n. 1, p. 115-126, 2022.
7. **Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome (mds).** Secretaria de avaliação e gestão da informação (sagi). *Escala brasileira de insegurança alimentar – ebia: análise psicométrica de uma dimensão da segurança alimentar e nutricional*. Estudo técnico. Brasília: mds, 2014.
8. **Castro, i. R. R.** Má nutrição, iniquidade e a garantia do direito humano à alimentação adequada. Ciência & saúde coletiva, v. 24, n. 7, 2021.
9. **Ciríaco, juliane da silva et al.** Insegurança alimentar e nutricional no brasil: análise de fatores determinantes em domicílios urbanos e rurais em 2023. Texto para discussão, 2025.
10. **Ferreira, n. S. Et al.** Comportamento alimentar inadequado em pacientes em hemodiálise e fatores associados. Revista contemporânea, v. 4, n. 12, p. E6969, 2024.
11. **França, camila de jesus et al.** (in)segurança alimentar e nutricional na atenção primária à saúde no brasil entre 2016 e 2022: revisão de escopo. Demetra: alimentação, nutrição & saúde, v. 20, p. E81231-e81231, 2025.
12. **Hendriks, f. K.; kooman, j. P.; van-loon, l. J. C.** Dietary protein interventions to improve nutritional status in end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis. Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care, v. 24, n. 1, p. 79-87, 2021.

13. **Ibge – instituto brasileiro de geografia e estatística.** *Censo demográfico 2022: nupcialidade e família – resultados preliminares da amostra. 2. Ed.* Rio de Janeiro: ibge, 2022.
14. **Luz, c. A. Et al.** Avaliação da ingestão nutricional de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Braspen j.*, v. 32, n. 3, p. 241-245, 2022.
15. **Neves, p. D. M. M. Et al.** Censo brasileiro de diálise: análise de dados da década 2009-2018. *Braz. J. Nephrol.*, v. 42, n. 2, p. 191-200, 2020.
16. **Neves, p. D. M. M. Et al.** Brazilian dialysis survey 2019. *Braz. J. Nephrol.*, v. 43, n. 2, p. 217-227, 2021.
17. **Paula, n.; zimmermann, s.** A insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no brasil. *Revista do núcleo de estudos de economia catarinense*, n. 3, p. 55-67, 2021.
18. **Santos, f. C. Dos; matarolli, k. R.; borges, s.** Análise da frequência alimentar e consumo de ultraprocessados de indivíduos em hemodiálise crônica. *Revista jrg de estudos acadêmicos*, v. 8, n. 18, p. E082235, 2025.
19. **Silva, celso da.** Análise de segurança alimentar e nutricional e a promoção da saúde na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e comorbidades no brasil. 2025.
20. **Silva, c. S.; lima, m. C.** Insegurança alimentar e nutricional em adultos do estado de pernambuco: situação e fatores associados ao acesso à alimentação. *J. Bras. Nefrol.*, v. 9, n. 11, 2023.
21. **Silva, emily emerick martins dos santos; steluti, josiane.** O consumo alimentar de brasileiros residentes em domicílios com insegurança alimentar: resultados da pof-2017-2018. *Ciência & saúde coletiva*, v. 30, n. 6, p. E20042023, 2025.
22. **Zambelli, c. M. S. F. Et al.** Diretriz braspen de terapia nutricional no paciente com doença renal. *Braspen j.*, v. 36, n. 2, 2021.

Apêndices

Apêndice A - Carta de Anuência

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



CARTA DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) responsável Samanta Siqueira de Almeida e sua equipe, composta por Halanna Celina Magalhães Melo e Ana Clara Lacerda Cervantes de Carvalho a desenvolver o seu projeto de pesquisa: Insegurança alimentar dos pacientes renais crônicos em hemodiálise acompanhados um hospital de referência em Recife, cujo objetivo é avaliar o nível de insegurança alimentar e sua relação com o estado nutricional, perfil bioquímico e o seguimento das orientações nutricionais dos pacientes renais crônicos em hemodiálise acompanhados um hospital de referência em Recife.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP.

Recife, 23 de junho de 2023.

Dr. João Marcelo Medeiros de Andrade
CRM 12.105
CPF 22.973.164-34
CNS 98003600844978

Nome completo do Coordenador do setor e/ou carimbo
Centro de Hemodiálise

Danielle Batista Leite
Diretora de Saúde
CRM 22849
Nome completo do Diretor Médico e/ou carimbo
Diretor Médico

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/84
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-4703 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: <http://www.imip.org.br>

Apêndice B – Solicitação de dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado: **INSEGURANÇA ALIMENTAR DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM RECIFE**, com a seguinte justificativa:

Trata-se de uma pesquisa de campo já aplicada nos meses de Abril a Setembro de 2023, logo após aprovação do comitê de ética (CEP) para o trabalho de conclusão de residência (TCR) em Nutrição Clínica no setor de hemodiálise (HD) do IMIP para obtenção do diploma de conclusão da residência de nutrição clínica.

Nestes termos me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas resoluções 466 de 2012 e suas complementares no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Recife, 15 de Outubro de 2024.

Samanta Siqueira de Almeida

Samanta Siqueira de Almeida
Pesquisadora responsável

Apêndice C - escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA)

Escala EBIA

- 1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida?
- 2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?
- 3 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
- 4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?
- 5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez comeu menos do que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 8 - Nos últimos três meses, Algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 9 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 10 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 11 - Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 12 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 13 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida?
- 14 - Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?

Apêndice D - Questionário de Consumo Alimentar para a população adulta e idosa

Grupo alimentar	Diária	Semanalment e	Mensalment e	Nunc a
CARNES:				
Carne bovina				
Charque, costela salgada, carne de sol				
Carne de porco				
Frango				
PEIXES Permitidos – corvina, merluza, pescada, cação, abadejo, tucunaré				
PEIXES EVITAR – Ricos em P: atum, salmão, anchova, manjuba, lambari, sardinha.				
OVOS				
EMBUTIDOS: Principais: mortadela, presunto, calabresa, salsicha, linguiças				
ENLATADOS (EM CONSERVA): azeitonas, ervilha e milho enlatado, carne em conserva (kitut)				
LEITE E DERIVADOS				
Leite, qual:				
Queijo, qual:				
Manteiga ou Margarina?				
FRUTAS ricas em K: mamão formosa, melão, laranja pêra, banana, uva, coco				

FRUTAS Permitidas				
VERDURAS: cruas e/ou cozidas: cenoura, chuchu, jerimum, tomate, cebola, alface, etc				
LEGUMINOSAS: Feijão: _				
OLEAGINOSAS: castanhas				
TUBÉRCULOS Inhame / macaxeira / Batata doce ou inglesa/ cará				
MINIMAMENTE PROCESSADOS				
Cuscuz				
Arroz				
PROCESSADOS				
Pães conservados				
Pipoca de canjica (Veneza, bocus, karitó, etc)				
ULTRAPROCESSADOS				
Alimentos diet e light				
Adoçantes artificias				
Biscoitos recheados/Chocolates				
Bolacha salgada				
Macarrão instantâneo				
Sorvete/açaí				
Snacks salgados de milho de pacote				
BEBIDAS ADOÇADAS OU NÃO?				
Refrigerantes				
Chá ou café?				

Apêndice E – Termo de Responsabilidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE OS CUSTOS

Pesquisadora responsável: SAMANTA SIQUEIRA DE ALMEIDA

Título do Projeto: INSEGURANÇA ALIMENTAR DOS PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE ACOMPANHADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM RECIFE.

DECLARO que o desenvolvimento da pesquisa supracitada não acarretará nenhum ônus financeiro para o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e que todos os custos não relacionados ao tratamento e exames que são realizados regularmente para os participantes pacientes deste projeto de pesquisa possuem fonte definida de financiamento, conforme abaixo declarado:

- ☒ **Financiamento próprio**
- ☐ **Agência de fomento – anexar Termo de Outorga**
- ☐ **Indústria farmacêutica – anexar orçamento/contrato**

Recife, 15 de Outubro de 2024.



SAMANTA SIQUEIRA DE ALMEIDA
Pesquisadora Responsável

Apêndice F - Termo de Confidenciabilidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Em referência a pesquisa intitulada *Inssegurança alimentar dos pacientes renais crônicos em hemodiálise acompanhados em um hospital de referência em Recife*, eu, **SAMANTA SIQUEIRA DE ALMEIDA**, preceptora e nutricionista do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), integrante da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), e minha equipe, em conformidade com a Resolução 466/12 do CNS/CONEP e as suas complementares, a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) e o Termo de Responsabilidade e Condições para Acesso Ao Prontuário do Paciente IMIP, comprometemo-nos a:

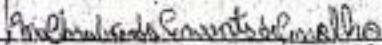

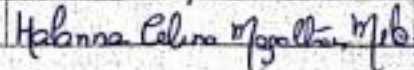
1. **PRESERVAR** o sigilo e a privacidade dos dados que serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes;
2. **DESTRUIR** fotos, gravações, questionários, formulários e outros;
3. **ASSEGURAR** que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa.

Declaramos estar cientes que o acesso e o tratamento dos dados deverão ocorrer de acordo com o descrito na versão do projeto aprovada pelo CEP IMIP.

Recife, 15 de outubro de 2024.


SAMANTA SIQUEIRA DE ALMEIDA
Pesquisadora Responsável

Equipe da Pesquisa

Nome	Assinatura
Ana Clara Lacerda Cervantes de Carvalho	
Samanta Siqueira de Almeida	
Halanna Celina Magalhães Melo	

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Dados Socioeconômicos de Pacientes em Terapia Renal Substitutiva

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome (SIGLAS):

Registro:

Idade: _____

Cor/Etnia: () Negro; () Branco; () Pardo; () Amarelo; () Indígena. **Estado Civil:** __

Escolaridade: () Sem escolaridade; () Fundamental; () Fund. Incompleto.; () Médio; () Médio Incompleto.; () Superior

Endereço de moradia: () Capital; () Região Metropolitana; () Interior.

Responsáveis/Acompanhantes:

Grau de parentesco:

DADOS SOBRE A SAÚDE DO USUÁRIO

Diagnóstico e doença de base: ____ **Início do acompanhamento:** ____ **Tem alguma deficiência?** () Não; () Sim. Se sim, qual? ____ **Transplantado:** () Sim; () Não. Se sim, há quanto tempo? ____

Se transplantado – Características do transplante (Tempo de isquemia, CR basal, internamentos e complicações pós transplante):

Se não for transplantado. Tem interesse em transplantar: () Sim; () Não. **Hipertensão:** () Sim; () Não. **Diabetes:** () Sim; () Não

Histórico de doença psiquiátrica: () Sim; () Não. Se sim, qual?: _____

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Possui rede de apoio familiar: () Sim; () Não.

SITUAÇÃO DE TRABALHO E RENDA DA FAMÍLIA E ACESSO A PROGRAMAS E BENEFÍCIOS AS SEGURIDADE SOCIAL:

Renda familiar:

() Sem renda; () Renda esporádica; () Até 1 salário; () De 1 a 2 salários; () 2 a 5 salários; () 5 ou mais salários.

Benefício eventual () Sim; () Não; **Qual?** _____ **BPC** () Sim; () Não;

Há quanto tempo? _____ **Auxílio doença** () Sim; () Não; **Há quanto tempo?** _____

Aposentadoria por tempo de trabalho ou por invalidez () Sim; () Não;

Há quanto tempo? **PBF** () Sim; () Não; **Há quanto tempo?** _____ **Outros** () Sim; () Não; **Qual?** __

SITUAÇÃO HABITACIONAL E COMUNITÁRIA

Próprio (); **Alugada** () – valor:___; **Cedida** (); **Ocupação** (); **Outros** () **Construção:** () alvenaria; () taipa; () mista; () lona/papelão; () outros

Dormitório do usuário: () individual; () coletivo – divide com quantas pessoas? ____

Instalação hidráulica: () Sim; () Não; **Instalação elétrica:** () Sim; () Não.

Saneamento básico: () Sim; () Não.

IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS VULNERABILIDADES

Etilismo () **Tabagismo** () **Outras doenças** () **Baixa renda** () **Residência em área de risco** () **Situações de falta de apoio familiar** ()

OBSERVAÇÕES:
