

## **O SINDICATO DOS NUTRICIONISTAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – SINERJ encaminha um parecer problematizando os Indicadores Bipartites utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde.**

O SINERJ através da sua vice-presidenta e Conselheira Titular Municipal de Saúde do RJ encaminha para o CMS o parecer problematizando os Indicadores Bipartites referente a pontuação do ano 2026-2027, utilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e o percentual de cobertura planejado pela SMS RJ. Conforme **deliberação no pleno** do dia 11 de novembro.

*O escopo deste parecer se baseia em dois fatores, primeiro, da Secretaria Estadual de Saúde – SES não incluir o indicador - Saúde da População Idosa. E o segundo, referente ao indicador – Cobertura de Acompanhamento do Estado Nutricional da População no Estado do RJ, tendo como proposta da SES para 2026 somente 23% e da Secretaria Municipal de Saúde - SMS é de 32% de cobertura.*

Foi deliberado entre os membros do Conselho Municipal de Saúde que nossa Conselheira Titular ajudaria na produção de um documento questionando e apresentando justificativas para que seja inserido o quesito – saúde da população idosa e que aumente o percentual para cobertura de acompanhamento do estado nutricional nas diversas faixas etárias da população dentre outros questionamentos.

### **1- Sobre ausência de indicador da saúde da população idosa**

O estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostrou que quase um quinto da população brasileira é composta por pessoas com 60 anos ou mais. Tal igual o estudo do IPEA, No que diz respeito à fecundidade, o Brasil é um dos países latino-americanos que chamam atenção pelo acelerado ritmo de queda do seu nível.

Desde o início da sua transição demográfica, que consta a partir da década de 1960, a fecundidade declinou de 6,0 filhos por mulher para 1,78 filho por mulher, em meados de 2010 (UN, 2017). Ou seja, em aproximadamente cinquenta anos, houve uma redução de 70% no nível de fecundidade do país, o que representa um declínio bastante acentuado.

As tendências atuais observadas para a fecundidade e mortalidade do Brasil apontam para um cenário de população envelhecida e de maior longevidade, tal como verificado em nações mais desenvolvidas e que já finalizaram o processo de transição demográfica.

Assim, o Brasil está seguindo caminhos já trilhados por outros países. A consequência é uma proporção de população idosa muito superior à de jovens, o que causará impactos em diversas áreas dos setores econômicos, sociais e políticos e o percentual de pessoas que cuidam de idosos no total de pessoas que exercem cuidados está crescente.

No Brasil os direitos dos idosos estão garantidos na Constituição Federal, que, em seu Artigo 230, define que família, sociedade e Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando a sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, promovendo seu bem-estar e garantindo o direito à vida, assim como prevê o [Estatuto do Idoso](#).

Considerando a PORTARIA/MS Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, **cabe ao Gestor Estadual:**

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;
- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) implementar as diretrizes da educação permanente e qualificação em consonância com a realidade loco regional;
- f) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
- g) manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações;
- h) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- i) exercer a vigilância sanitária no tocante a Saúde da Pessoa Idosa e a ações decorrentes no seu âmbito; e
- j) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Estadual de Saúde.
- l) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- m) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- n) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação;

Contudo não foi observado a execução na integra pela SES das atribuições descritas na no texto acima, retirado da supracitada portaria. Essas atribuições deveriam nortear o planejamento orçamentário da Secretaria e dos municípios, isso fortaleceria a atenção à pessoa idosa, no âmbito da atenção especializada, a integração efetiva com a atenção básica e os demais níveis de atenção, por meio do estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde, garantindo a equidade e o cuidado na sua integralidade.

Ainda Considerando a PORTARIA/MS Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, **cabe ao Gestor Municipal:**

- a) elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS;

- b) definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é de competência das três esferas de governo;
- c) discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano;
- d) promover articulação intersetorial para a efetivação da Política;
- e) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde;
- f) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;
- g) divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; e
- h) apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde.

As diretrizes aqui definidas implicam o desenvolvimento de um amplo conjunto de ações, que requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores.

Recentemente, o governo federal sancionou a Lei 14.878/2024 que Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social). Esta Lei será efetivada por meio da articulação multisectorial, especialmente de áreas como saúde, previdência e assistência social, direitos humanos, educação, inovação, tecnologia e outras que se mostrem essenciais nas discussões e implementação da Política. Sendo uma das Diretrizes: O apoio à atenção primária à saúde e capacitação de todos os profissionais e serviços que a integram; articulação com serviços e programas já existentes, criando uma linha de cuidado em demências; As ações deverão ser executadas inclusive no âmbito da Estratégia Saúde da Família e de outras políticas públicas estruturantes e as organização de serviços, de fluxos e de rotinas e a capacitação dos profissionais de saúde serão estabelecidas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Plano de Ação Global da OMS sobre demência resposta de saúde à 2017-2025 foi em maio adotado de 2017 e inclui sete metas para aprimoramento de políticas, prevenção e conscientização, pesquisa, e tratamento da demência. A primeira meta, "Demência como prioridade de saúde pública", demanda que 75% dos Estados- (146 países descobertas) respostas de resposta uma específica à demência 2025.

Diante de todas as legislações e normativas que cercam o tema Saúde do Idoso e da PORTARIA/MS Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006 evidenciando as atribuições dos gestores das duas instâncias aqui envolvidas, é que se faz urgente a inclusão dos indicadores sobre a Política Nacional de Saúde a População Idosa nos tópicos de pactuação do ano 2026-2027.

## **2- Sobre o Indicador Cobertura de Acompanhamento do Estado Nutricional da População no ERJ**

A inclusão de indicadores de acompanhamento do estado nutricional da população na pactuação entre as esferas estadual e municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é de suma importância e quanto maior sua cobertura maior será a segurança na instituição de medidas de intervenção assertivas junto à população. Na medida em que, ampliamos o percentual da

população alcançada pelo monitoramento, também ampliamos o olhar de vigilância, melhoramos o planejamento, a alocação de recursos e avaliação de políticas públicas de alimentação, nutrição e segurança alimentar.

### Fundamento legal e normativo

- ✓ Constituição Federal (1988) — art. 196: estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, exigindo políticas que reduzam riscos e promovam acesso universal. A inclusão de indicadores nutricionais materializa esse dever estatal de vigilância e promoção da saúde.
- ✓ Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) — define as responsabilidades do SUS quanto à promoção, proteção e vigilância da saúde, incluindo a integração de ações de atenção à saúde e vigilância epidemiológica e sanitária. A operacionalização de indicadores na pactuação encontra respaldo na competência atribuída aos gestores de saúde.
- ✓ Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006) — estabelece diretrizes de articulação interfederativa e instrumentos para pactuação de prioridades, metas e indicadores entre as três esferas de governo. Inserir indicador nutricional na pactuação é coerente com as diretrizes do Pacto pela Saúde no sentido de priorizar ações estratégicas de promoção e vigilância.
- ✓ Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) — orienta a vigilância alimentar e nutricional, a atenção integral e as ações intersetoriais para garantir segurança alimentar e nutricional. A PNAN recomenda avaliação contínua do estado nutricional como insumo para tomadas de decisão.
- ✓ Portarias e normativas sobre Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN/SISVAN) — existem portarias que orientam implementação da VAN no SUS (ex.: Portaria nº 2.246/2004 e documentos do SISVAN), estabelecendo padrões técnicos para coleta, registro e monitoramento do estado nutricional. O SISVAN é o sistema oficial para monitoramento e subsídio da pactuação.

### Justificativa técnica

1. Detecção precoce e priorização de ações: o estado nutricional é indicador sensível às condições socioeconômicas e à segurança alimentar; sua inclusão permite identificar territórios e grupos de risco (desnutrição, anemia, excesso de peso) e priorizar intervenções.
2. Apoio à gestão e à alocação de recursos: indicadores pactuados orientam transferência de recursos e definição de metas locais e estaduais, tornando a política mais eficiente e transparente.
3. Integração entre atenção primária e vigilância: a pactuação fomenta integração entre equipes da Atenção Básica (que realizam medidas antropométricas e acompanhamento) e a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), melhorando qualidade dos registros e da resposta programática.
4. Avaliação de impacto de políticas: com indicadores alimentares e nutricionais pactuados é possível medir efeitos de programas (ex.: suplementação, alimentação escolar, ações de promoção da alimentação saudável) e ajustar estratégias.

### Impactos esperados

- ✓ Melhoria na detecção de agravos nutricionais e resposta programática;
- ✓ Alocação mais eficiente de recursos estaduais e municipais;
- ✓ Maior equidade no atendimento e redução de desigualdades nutricionais;

- ✓ Fortalecimento da vigilância e da governança em saúde.

## **Sobre a AMPLIAÇÃO DO PERCENTUAL DE COBERTURA desse monitoramento no Estado do Rio de Janeiro**

Ampliar a cobertura de acompanhamento do estado nutricional no Estado do Rio de Janeiro é uma estratégia essencial para fortalecer a vigilância em saúde, reduzir desigualdades e orientar eficazmente as políticas públicas. O Rio de Janeiro apresenta grande heterogeneidade socioeconômica e territorial, com municípios que vão de áreas altamente urbanizadas e com bons indicadores até localidades com vulnerabilidades sociais expressivas. Nesse contexto, a vigilância nutricional se torna um instrumento indispensável.

### **1. Identificação precoce de agravos nutricionais em populações vulneráveis**

O estado enfrenta importantes desafios de desigualdade social, insegurança alimentar e mudanças no perfil epidemiológico, como:

- aumento do excesso de peso em crianças, adolescentes e adultos;
- persistência de casos de desnutrição em populações mais vulneráveis;
- anemia e deficiência de micronutrientes, sobretudo entre gestantes e crianças de até 5 anos.

***Ampliar a cobertura permite identificar com maior precisão quais territórios e grupos populacionais concentram esses agravos, viabilizando respostas mais rápidas e focalizadas.***

### **2. Melhoria do planejamento estadual em saúde**

Com maior cobertura de dados nutricionais, o Rio de Janeiro pode planejar:

- ações de suplementação e fortificação;
- estratégias de promoção da alimentação saudável;
- distribuição de recursos e insumos de acordo com a real necessidade dos municípios;
- programas de enfrentamento à insegurança alimentar em parceria com assistência social e educação.

***Quanto mais ampla a cobertura, mais confiáveis e representativos são os diagnósticos territoriais.***

### **3. Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS)**

O acompanhamento nutricional é uma prática prevista na APS e reforçada por políticas nacionais como a PNAN. No Rio de Janeiro, sua ampliação:

- fortalece a rotina das equipes nas Unidades de Saúde da Família;
- melhora o vínculo com crianças, gestantes, adultos e idosos;
- aumenta o registro no SISVAN e outros sistemas de informação;
- melhora a capacidade de monitorar resultados das ações de promoção da saúde.

***Além disso, ampliando o acompanhamento, o estado aumenta a adesão dos municípios às práticas de vigilância e promoção nutricional.***

#### 4. Subsídia a pactuação e o monitoramento de metas estaduais

Ter uma cobertura mais alta possibilita que o Estado:

- estabeleça metas realistas e bem distribuídas entre os municípios;
- monitore a evolução dos indicadores de forma fidedigna;
- identifique rapidamente falhas, subnotificações ou regiões sem cobertura adequada;
- acompanhe o impacto de políticas estaduais específicas (como programas de alimentação escolar, ações intersetoriais ou projetos regionais).

***Isso fortalece o papel da CIB-RJ e melhora a governança interfederativa.***

#### 5. Apoio às ações de combate à fome e insegurança alimentar

O Rio de Janeiro apresenta bolsões expressivos de insegurança alimentar, que vêm sendo intensificados por fatores econômicos e sociais. O acompanhamento nutricional:

- orienta ações estaduais de segurança alimentar;
- auxilia o CRAS, CREAS e políticas sociais no direcionamento de apoio a famílias vulneráveis;
- permite identificar territórios prioritários para programas de transferência de renda, cozinhas comunitárias, cestas verdes e programas de agricultura familiar.

#### 6. Redução de desigualdades regionais

Ao ampliar o percentual de população acompanhada, o estado consegue:

- mapear diferenças intra e inter-regionais (Baixada, Região Metropolitana, Serrana, Lagos, Norte e Noroeste);
- direcionar ações específicas onde há maior risco;
- fortalecer municípios pequenos ou com baixa capacidade técnica.

***Esse processo contribui diretamente para redução das iniquidades em saúde.***

#### 7. Fortalecimento das respostas a emergências sanitárias

Dados nutricionais são essenciais durante:

- enchentes frequentes no estado (especialmente Baixada e Serrana);
- epidemias virais que afetam gestantes e crianças;
- períodos de alta inflação alimentar e insegurança hídrica.

*Com maior cobertura, o estado consegue monitorar danos, priorizar territórios e planejar respostas emergenciais baseadas em evidências.*

Diante de todo o exposto ampliar a população coberta pelo acompanhamento do estado nutricional no Rio de Janeiro não é apenas uma exigência técnica, é uma estratégia-chave para reduzir desigualdades, fortalecer a vigilância em saúde, orientar políticas públicas, qualificar a Atenção Primária e garantir respostas mais rápidas e assertivas para os diferentes contextos regionais do estado.

Com maior cobertura, o Rio de Janeiro passa a ter uma visão mais completa e realista da situação alimentar e nutricional da sua população, permitindo decisões de gestão mais eficientes, equitativas e orientadas para resultados.

Recomendamos, portanto, que os indicadores devam ser inseridos na pactuação incluindo a maior cobertura no acompanhamento do estado nutricional da população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**BRASIL.** Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1994.

**BRASIL.** Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2003.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2006.

**BRASIL.** Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2000.

**BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1990.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Saúde da pessoa idosa. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 26 nov. 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Diretrizes para o cuidado da pessoa idosa no SUS. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acesso em: 26 nov. 2025.

**RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde.** Área técnica de saúde do idoso. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/areas-tecnicas/saude-do-idoso/2021/05/sobre-a-area-tecnica-de-saude-do-idoso>. Acesso em: 26 nov. 2025.

**CARVALHO, R. E. S. et al.** Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, p. e00239521, 2022.

**BRASIL.** Portaria Interministerial nº 25, de 1º de setembro de 2023. Estabelece orientações para priorização e organização da atenção aos indivíduos e famílias em insegurança alimentar e nutricional. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Ministério da Saúde, 2023.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

**CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A.** Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p. 14-23, 2008.

**MONTEIRO, C. A. et al.** Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, p. 47-57, 2005.

**MONTEIRO, C. A. et al.** SIMTEL – Cinco Cidades: implantação, avaliação e resultados de um sistema municipal de monitoramento de fatores de risco nutricionais para doenças crônicas não transmissíveis a partir de entrevistas telefônicas em cinco municípios brasileiros. São Paulo: Nupens/USP, 2007.

Segue o estudo do Ministério da Saúde através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição regulamentada pela NOTA TÉCNICA Nº 29/2025- CGAN/DEPPROS/SAPS/MS, regras de classificação adotadas na Triagem para o Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) aplicadas aos indivíduos de 18 anos ou mais acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS).

A TRIA é composta por duas perguntas que têm o objetivo de avaliar o risco de insegurança alimentar nos domicílios da população adstrita à APS, são elas:

1- Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?

2- Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?

Sendo um instrumento derivado da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), sendo, portanto, baseada na percepção do indivíduo respondente para avaliação do domicílio, avaliando o risco de insegurança alimentar nos domicílios. Entendendo que a situação alimentar da população brasileira é um importante indicador de saúde, através da metodologia de perguntas capazes de identificar domicílios em risco de insegurança alimentar (Carvalho et. al., 2022; Poblacion et al., 2021). Instrumento esse regulamentado pela Portaria Interministerial MDS/MS nº 25/2024 como estratégia para integrar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para o enfrentamento da fome e da insegurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2023).

Em caso de domicílio em risco de insegurança alimentar, as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) devem realizar, dentre outras ações adequadas ao território:

- Avaliar o estado nutricional e os marcadores de consumo alimentar dos seus moradores e prestar os cuidados em saúde necessários;
- Articular e encaminhar para os serviços de proteção social e acesso à alimentação adequada e saudável; e
- Orientar a organização de ações, programas e políticas que garantam a segurança alimentar.

Os resultados da pesquisa da TRIA foi publicado em: 03/07/2025 a situação dos domicílios quanto ao risco de insegurança alimentar para Brasil, região geográfica, unidade federativa e municípios Brasil: **20.585.348 domicílios com a TRIA aplicada e destes, 7,1% (1.460.385) em risco de insegurança alimentar.**

Região SUDESTE: 5.633.550 domicílios com a TRIA aplicada e destes, 2,1% (119.625) em risco de insegurança alimentar.

**RJ: 946.272 domicílios com a TRIA aplicada e destes, 2,1% (19.543) em risco de insegurança alimentar.** O Rio de Janeiro é classificado como METRÓPOLE, com uma população de 6.729.894 habitantes. A cobertura potencial da APS no município é de 91,77%.

**Percentual de domicílios em risco de insegurança alimentar do município RIO DE JANEIRO: 473.402 domicílios com TRIA aplicada, dos quais 1.026 domicílios estão em risco de insegurança alimentar, representando 0,2% do total de domicílios avaliados.**

Percentual de domicílios em risco de insegurança alimentar segundo condição dos moradores Um total de 3.877 pessoas viviam em domicílio em situação de risco de insegurança alimentar.

Entre os 1.026 domicílios com situação de risco de insegurança alimentar:

- 2,1% (22) tinham, entre os membros do domicílio, pessoa com deficiência;
- 0,2% (2) tinham, entre os membros do domicílio, pessoa em situação de rua;
- 0,2% (2) tinham, entre os membros do domicílio, pessoa de Povo ou Comunidade Tradicional ou Campo, Floresta e Águas;
- 63,64522% (653) tinham, entre os membros do domicílio, pessoa menor de 18 anos.

Entre os domicílios em situação de risco de insegurança alimentar, 71,6% (272) eram domicílios com responsável familiar respondente e do sexo feminino, enquanto 28,4% (108) eram domicílios com responsável familiar respondente e do sexo masculino.

Entre os 1.026 domicílios com situação de risco de insegurança alimentar :

- 48,9% (186) eram domicílios com responsável familiar respondente e autodeclarado pardo;
- 26,3% (100) eram domicílios com responsável familiar respondente e autodeclarado branco;
- 2,6% (10) eram domicílios com responsável familiar respondente e autodeclarado amarelo;
- 84% (84) eram domicílios com responsável familiar respondente e autodeclarado preto;
- 0% (0) eram domicílios com responsável familiar respondente autodeclarado indígena.

No contexto nacional, a variação desses percentuais pode refletir as diferentes condições de acesso a recursos econômicos, programas sociais e políticas públicas voltadas para a segurança alimentar e nutricional em cada região do país. Portanto, entender essas disparidades é crucial para desenvolver estratégias mais eficazes e direcionadas para mitigar o risco de insegurança alimentar.

***Cintia Teixeira de Souza Silva  
Vice Presidenta do SINERJ  
Conselheira Municipal de Saúde RJ***

Rio, 27/nov/2025

SINERJ