



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO**

ISABELA SANTOS DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA
AÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE
DA FAMÍLIA.**

**Santo Antônio de Jesus - BA
2012**

ISABELA SANTOS DE CARVALHO

AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA AÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Luciana Alaíde Alves Santana

**Santo Antônio de Jesus - BA
2012**

ISABELA SANTOS DE CARVALHO

**AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE SEGURANÇA ALIMENTAR E
NUTRICIONAL: UMA PROPOSTA METODOLÓGICA PARA
AÇÃO DO NUTRICIONISTA NOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE
DA FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Nutrição, pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Banca examinadora

Prof^ª. Msc. Luciana Alaíde Alves Santana. Mestre em Saúde Coletiva pela
Universidade Federal da Bahia.

Prof. Msc. Aline Maria Peixoto Lima. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal da
Bahia.

Prof^ª. Msc. Michele Dantas Soares. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde
Coletiva.

Aprovado pelo Colegiado de Nutrição. Santo Antônio de Jesus, ___/___/2012.

*A TODAS as pessoas que contribuíram direta e indiretamente
para a produção deste trabalho e que torcem pelo meu sucesso!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me concedido a oportunidade de viver momentos de alegria e realização pessoal e futuramente profissional.

Aos meus pais **Geane** e **Ronaldo**, pelos gestos e palavras de incentivo, confiança e persistência para que eu conseguisse alcançar um dos meus sonhos.

A minha irmã **Ana Luisa**, que sempre compartilhou comigo vários momentos de angústia e alegria, me fazendo contar com o seu apoio e incentivo.

Aos meus avós **Lourdes** e **Rosalvo**, pelo carinho e confiança no meu potencial.

A minha amiga **Lua**, por estar comigo nesta caminhada desde o começo e me apoiar com seu carinho.

Ao meu companheiro **Rafael**, por estar sempre ao meu lado nos momentos em que precisei do seu carinho e do seu apoio.

A minha orientadora **Luciana Alaíde**, por acreditar em minha capacidade, sucesso e me fazer crescer na realização desse trabalho.

Ao grupo de pesquisa **NUSAN** e a professora **Michele Soares**, por ter lapidado a pessoa que sou hoje e pelas grandes oportunidades e aprendizados que me concederam.

A **TODOS** os meus familiares e amigos pelas palavras de incentivo e por acreditarem no meu potencial, contribuindo com o meu crescimento profissional.

“Ao menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.
(Albert Einstein)

Avaliação Domiciliar de Segurança Alimentar e Nutricional: Uma proposta metodológica para ação do nutricionista nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

Assessment of Household Food Security: A methodological proposal for action nutritionist in Cores to Support Family Health.

Isabela Santos de Carvalho¹
Luciana Alaíde Santana²

Resumo

Os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria N° 154, de 24 de Janeiro de 2008. O NASF deve ser constituído por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, os quais devem atuar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), compartilhando as práticas em saúde nos territórios e atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto. O objetivo desse artigo é propor uma metodologia para o desenvolvimento do apoio matricial pelo Nutricionista para realização de ações de diagnóstico da situação de segurança alimentar pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em área de abrangência das ESF, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Para a aplicação desta metodologia propõe-se que o Nutricionista do NASF realize um estudo transversal de base populacional em parceria com ACS. Deve-se partir de informações sobre o mapeamento da área de abrangência das ESF, do número de ACS em cada área e população coberta. Estas informações podem ser obtidas através do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, ou diretamente com os ACS, a fim de avaliar convergências. Após este processo devem-se realizar reuniões entre ESF e NASF para apresentar a proposta e debater sobre a importância da realização da ação. Para o cálculo de definição da amostra propõe-se a utilização da Amostra Aleatória Simples. Sugere-se que este cálculo seja definido por meio de sites na internet que facilitam o processo. Após a obtenção da amostra devem-se definir os domicílios através de sorteios ou programas estatísticos, iniciando o processo de interação direta com os ACS, por meio do compartilhamento das informações sobre as famílias a serem entrevistadas e o respeito à metodologia empregada. Esse processo deve ocorrer em reuniões onde deve abordar também: o histórico de utilização da EBIA no Brasil, conceitos metodológicos da sua aplicação, relevância do diagnóstico de SAN e a importância da promoção da segurança alimentar para manutenção da saúde e a simulação do processo de entrevista. A coleta de dados deve ser acompanhada pelo Nutricionista por meio de reuniões. Na fase de análise dos dados, sugere-se a utilização do programa de domínio público Epi info, apresentando os resultados às ESF, NASF, comunidade e Secretários Municipais de Saúde. Considerando a alta cobertura populacional do NASF faz-se imprescindível à utilização do apoio matricial para a construção de práticas de promoção da saúde. O trabalho do Nutricionista neste campo é muito novo, portanto, espera-se contribuir com a sua conformação a partir da

¹ Graduanda em Nutrição pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – Centro de Ciências da Saúde.

² Nutricionista docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

utilização do apoio matricial na prática cotidiana desse profissional, por meio da realização de diagnósticos de SAN e, dessa forma, colaborar com desenvolvimento de práticas comprometidas com a realidade local no âmbito das equipes, produzir mobilização na atenção básica que estabeleça elos fortes com o debate acerca da formulação e implementação de políticas e ações de promoção da saúde valorizando o saber-fazer de cada um, promovendo uma reflexão sobre a realidade social do território, contribuindo para o desenvolvimento de ações e planejamento de SAN no campo da saúde sem perder de vista a ênfase na integração das equipes.

Palavras-chave: Apoio Matricial. Estratégia de Saúde da Família. Segurança Alimentar. Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF.

Abstract

The Centers for Comprehensive Care in Family Health (NASF) were created by the Ministry of Health through Ordinance No. 154, January 24, 2008. The NASF must consist of a team of professionals from different fields, which must work in partnership with professionals from the Family Health Teams (FHT), sharing health practices in the territories and to act in an integrated services network health, from the demands identified in working together. The aim of this paper is to propose a methodology for the development of matrix support by Nutritionist to perform diagnostic actions of the food security situation by Community Health Agents (CHA) in areas covered by ESF through the Brazilian Food Insecurity Scale (EBIA). For the application of this methodology we propose that the NASF Nutritionist conduct a population-based cross-sectional study in partnership with CHA. It should be based on information about the mapping of the area covered by the ESF, the number of ACS in each area and population covered. This information can be obtained from the Information System of Primary Care - SIAB, or directly with the CHA in order to assess convergence. After this process must be performed between FHS and NASF meeting to present the proposal and discuss the importance of performing the action. For the calculation of the sample definition proposes to use Simple Random Sample. It is suggested that this calculation is defined by means of internet sites that facilitate the process. After obtaining the sample must be defined households through raffles or statistical programs, starting the process of direct interaction with the CHA, by sharing information about families to be interviewed and respect to the methodology employed. This process should occur in meetings where should also address: the historical use of EBIA in Brazil, methodological concepts for their application to the diagnosis of SAN relevance and importance of promoting food security for health maintenance and the simulation of the interview process. Data collection must be accompanied by Nutritionist through meetings. At the stage of data analysis, we suggest the use of public domain software Epi info, presenting the results of the FHS, NASF, community and Municipal Secretaries of Health Considering the high population coverage of NASF it is essential to use the support matrix for the construction of health promotion practices. The work of this field Nutritionist is very new, so it is expected to contribute its conformation from the use of the support matrix in the daily practice of a trader, by performing diagnostic SAN and thus collaborate with development practices committed to local realities within the teams, produce mobilization in primary care to establish strong links with the debate on the formulation and implementation of policies and actions to promote health enhancing the know-how of each, promoting reflection on social reality

of the territory, contributing to the development of actions and planning of SAN in the healthcare field without losing sight of the emphasis on the integration of teams.

Keywords: Matrix Support. Family Health Strategy. Food Safety. Nucleus Support for Family Health – NASF.

INTRODUÇÃO

O entendimento do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como sendo “garantia de todos, a condições de acesso a alimentos básicos de qualidade, em quantidade suficiente, de modo permanente e sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares que possibilitem a saudável reprodução do organismo humano, contribuindo para uma existência digna” (BRASIL, 2006), foi proposto pela I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição (1986) e consolidado na I Conferência Nacional de Segurança Alimentar (1994) (BRASIL, 2009).

Neste caminho percorrido, o conceito agregou dimensões e superou a visão inicial ligada à produção de alimentos (WEITZMAN, 2008), incorporando dimensões relacionadas com o direito ao acesso aos alimentos, qualidade nutricional, biológica, química e socioambiental, bem como, a satisfação de outras necessidades essenciais. Desde 2006, o reconhecimento do Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil passou a ser política de Estado com a promulgação da Lei 11.346/2006, que institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN e com a inclusão no texto da Constituição Federal (BRASIL, 2006).

Segundo Weitzman,

“Neste processo de “ampliação” do conceito de SAN, o que ficou claro foi que não se pode reduzir o movimento em prol da SAN à luta para matar a fome da população brasileira, pois existem muitas dimensões a serem exploradas. Percebeu-se ainda que a definição de segurança alimentar e nutricional não se restringe a uma alimentação nutricionalmente balanceada, mas, visa também à criação de condições adequadas para que os seres humanos exerçam seus direitos e deveres e mantenham uma relação de “corresponsabilidade” com o meio ambiente” (WEITZMAN, 2008).

Sendo assim, a complexidade deste fenômeno permitiu uma desagregação conceitual em múltiplas dimensões, deste modo, a sua promoção demandou ações específicas e, em muitas situações, articuladas a diversos setores. Neste sentido, o foco deste artigo está voltado para a atuação do setor Saúde no campo da promoção da SAN.

A partir dos anos 70 até os anos 90, as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, ganharam maior intensidade neste período e tinham um caráter assistencialista, voltada para suplementação alimentar de grupos específicos (gestantes e crianças) em risco nutricional (VASCONCELOS, 2005; SANTANA, et al, 2008).

Outra ação importante do setor saúde no campo da alimentação e Nutrição deu-se com o processo de implantação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) proposto pelo Ministério da Saúde, a partir de 1993, quando foi vinculado ao Programa de Atenção aos Desnutridos e Gestantes em Risco Nutricional - "Leite é Saúde". Na concepção oficial, o SISVAN deveria ser implantado pelos municípios por meio de diagnóstico de base populacional e coleta mensal de informações nutricionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Portaria Nº 1.156 publicada em 31 de agosto de 1990). Contudo, segundo Santana (2004) a partir de uma avaliação da implantação do sistema em 44 municípios de diferentes regiões do estado da Bahia, houve uma incipiente implantação do SISVAN nos municípios visitados, seja na sua forma de diagnóstico da população materno-infantil, cumprindo o pré-requisito para implantação do Programa "Leite é Saúde", seja como instrumento gerencial nas UBS.

Dando continuidade ao processo de análise da inclusão da SAN na agenda do setor saúde, registrou-se, em 1999, a aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde da Portaria nº 710, a qual instituiu a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Esta política estabeleceu sete diretrizes essenciais:

“Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança, qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos” (BRASIL, 1999).

Na implantação das ações da PNAN no cotidiano dos serviços de saúde uma questão crucial emergiu, a qual se relacionava com a operacionalização desta política nos municípios brasileiros, visto que, naquele momento, não havia, formalmente, a presença de profissional específico para lidar com as questões de alimentação e nutrição no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006), a qual elegeu a Estratégia de Saúde da Família, como elemento organizador e porta de entrada dos sistemas de saúde municipais por intermédio da reorganização da atenção à saúde, em conformidade com os princípios do SUS. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (Portaria Nº 750, de 10 de outubro de 2006).

No sentido de mostrar a importância do nutricionista, bem como, suas colaborações e atribuições na atenção básica, várias pesquisas foram realizadas, a exemplo da desenvolvida por Boog (1999), no município de Campinas, sobre a abordagem de problemas alimentares por médicos e enfermeiros em serviços de saúde, em que foi evidenciado que *“a equipe mínima que compunha as UBS não possuía preparo para orientação e educação nutricional, evidenciando que para os médicos ficava uma ideia de que os pacientes estavam recebendo orientação alimentar, pois a tarefa havia sido delegada ao enfermeiro. O enfermeiro, por sua vez, executava a tarefa sem convicção, mas justificava o insucesso da orientação pela via da facticidade”*.

Esta autora apontou que:

“tal dificuldade decorre da complexidade do problema em si, do seu desconhecimento sobre ele e dos conflitos que emergem das contradições entre o que se sabe e o que se pensa, com o que se sente e o que se faz na prática. Resultando desta situação que o não reconhecimento dos problemas alimentares e nutricionais impede a busca de um trabalho em equipe, não havendo a percepção do problema e muito menos a percepção de que existe um profissional tecnicamente habilitado para lidar com estas questões” (BOOG, 1999).

Considerando esta lacuna na constituição das Equipes de Saúde da Família - ESF, instituições ligadas a Nutrição e até comunidades em redes sociais (Em: <[http://www.orkut.com/Main#Main\\$Community?cmm=18392792&hl=PT-BR](http://www.orkut.com/Main#Main$Community?cmm=18392792&hl=PT-BR)>. Acesso em: 10 de outubro de 2012.) defenderam durante a década de 90 e, especialmente, início dos anos 2000 a inserção do Nutricionista na equipe mínima da Saúde da Família. O conselho Federal de Nutrição, na sua página (Em: <<http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-r/site.php?secao=perguntasfrequentes&pub=49>>. Acesso em 10 de outubro de 2012.) posicionou-se da seguinte forma quando questionado sobre a inserção do profissional no programa *“O CFN, extrapolando sua função normativa (referindo-se a Portaria Nº 648/GM 28/03/2006), vem desenvolvendo ações de conscientização junto aos Gestores Públicos sobre o papel da Nutrição como área estratégica da Atenção Primária em Saúde”*.

Esta questão também mobilizou a comunidade acadêmica que produziram trabalhos científicos com este foco como: ASSIS et al, (2002) que trazem reflexões sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar; SANTOS, (2005) traz um estudo relacionado à inserção do nutricionista na estratégia de saúde da família, sob olhares de diferentes trabalhadores de saúde; CARVALHO, (2005) expõe sobre a inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde,

fazendo uma análise a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre – RS; PÁDUA et al, (2006), avalia a inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde de municípios da Região Metropolitana de Campinas; BOOG, (2008) fez uma reflexão da atuação do nutricionista em saúde pública; GEUS, (2011) fala sobre a importância na inserção do nutricionista na ESF, entre outros, que trazem a importância da inserção do nutricionista no Serviço Público de Saúde.

Em resposta a estas mobilizações e de outras carreiras da área da saúde foram instituídos em 2008, os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde (Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008) e, na Bahia, regulamentado pela Resolução 66/10. O NASF deve ser constituído por uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas, os quais devem atuar em parceria com os profissionais das ESF compartilhando as práticas em saúde nos territórios e atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto. A Portaria que instituiu o NASF inseriu o apoio matricial no processo de trabalho dos profissionais e ferramentas para execução do apoio (Interconsulta, clínica ampliada, grupos educativos, educação permanente e Projeto Terapêutico Singular/Coletivo-PTS/C).

Dentro dos NASF, os nutricionistas são responsáveis por atividades como:

“coordenação das ações de diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional; promoção da alimentação saudável para todas as fases da vida; estímulo à produção e ao consumo de alimentos saudáveis produzidos regionalmente; capacitação da ESF e participação de ações dos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; elaboração das rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à alimentação e à nutrição, de acordo com protocolos da atenção básica (Portaria Nº 154, de 24 de Janeiro de 2008).

Considerando as ações do Nutricionista no NASF, em especial, a atribuição de realizar diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional, o fato da promoção da saúde ser elemento orientador das ações da atenção básica à saúde, além do desafio imposto com a instituição da relação de apoio entre as equipes de saúde da família e o NASF partiu-se da seguinte pergunta de pesquisa: Como o Nutricionista trabalhador do NASF pode desenvolver o apoio matricial para realizar diagnóstico da situação de SAN, por meio da EBIA?

Sendo assim, este trabalho tem a finalidade de propor a utilização da EBIA como proposta metodológica para o fortalecimento do trabalho do Nutricionista do NASF. Desta forma, insere-se no contexto da Atenção Básica a Saúde, com a perspectiva de fomentar o

debate e subsidiar a prática dos profissionais de Nutrição dos NASF. Portanto, orientou-se pelo objetivo de propor uma metodologia para o desenvolvimento do apoio matricial pelo Nutricionista para realização de ações de diagnóstico da situação de segurança alimentar pelos agentes comunitários de saúde em área de abrangência das ESF, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

Essa proposta de atuação do Nutricionista para o desenvolvimento do apoio matricial no diagnóstico de SAN de populações foi desenvolvido a partir da experiência das autoras no Projeto SANVALE - Segurança Alimentar no Vale do Jiquiriçá, Bahia – Etapa 1: Bases para a construção participativa dos Sistemas Locais, coordenado pela docente Sandra Maria Chaves dos Santos, com apoio financeiro do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome – MDS e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Este projeto tinha como um dos seus eixos – avaliação direta de SAN – para tanto, desenvolveu-se uma metodologia de aplicação da Escala Brasileira de Segurança Alimentar (EBIA), por meio, de um processo de transferência desta tecnologia para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os resultados deste projeto apresentaram o problema da Insegurança Alimentar e Nutricional – INSAN em microrregiões com uma magnitude, não evidenciada pelas pesquisas nacionais de avaliação da segurança alimentar, mostrando a importância e a necessidade da realização deste tipo de estudo em microáreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Desse modo, este texto está estruturado em quatro seções. A primeira faz um resgate histórico da utilização da EBIA no âmbito nacional, a segunda traz os fundamentos metodológicos de aplicação do instrumento. A terceira seção apresenta como pode ser organizado o apoio matricial do nutricionista no NASF para realização do diagnóstico de SAN nas áreas de abrangência das ESF, mostrando também, como estes dados das condições da SAN podem ser divulgados. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

2.0 RESGATE HISTÓRICO DA UTILIZAÇÃO DA EBIA NO BRASIL

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é um instrumento de medida direta que tem o propósito de avaliar a percepção das pessoas com relação à insegurança alimentar e fome, por meio da mensuração da dimensão do acesso aos alimentos da família nos três meses anteriores a data da entrevista (KEPPLE et al, 2011).

A EBIA foi desenvolvida por pesquisadores Norte Americanos que julgaram necessário o desenvolvimento de um novo instrumento, que não o antropométrico, para avaliar a situação

direta de SAN, devido ao agravamento e a complexidade dos problemas nutricionais naquela população, que demandaram a criação de uma ferramenta de avaliação de alta confiabilidade e consistência, agregando atributos de baixo custo e fácil uso (SEGALL-CORRÊA, 2007).

A metodologia da EBIA começou a ser desenvolvida naquele contexto durante a década de 80 por pesquisadores da Universidade de Cornell, que utilizaram métodos qualitativos para abordar e compreender a insegurança alimentar e a fome, entre mulheres pobres que haviam experimentado essas condições adversas. Este estudo qualitativo permitiu a proposição de uma escala de medida quantitativa, com 10 perguntas, que cobriam tanto a percepção da preocupação com a insuficiência futura de alimentos quanto os problemas relativos à quantidade de calorias disponíveis, bem como com a qualidade da dieta (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Nos anos 90, a partir da escala de Cornell e de outras como a do Community Childhood Hunger Identification Project - CCHIP, pesquisadores reunidos pelo USDA (*United States Department of Agriculture*) desenvolveram uma escala válida para aplicação em âmbito nacional daquele país denominada *Household Food Security Survey Module – HFSSM*, contendo 18 questões capazes de mensurar a magnitude do problema da insegurança alimentar da população e também identificar diferentes graus de acesso aos alimentos, variando desde a completa satisfação das necessidades alimentares (Segurança Alimentar), até as experiências em níveis de progressiva gravidade de restrição de alimentos (Insegurança Alimentar Leve, Moderada e Grave) (BICKEL et al., 2000 apud SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

A partir da idealização do instrumento nos EUA, diversos países desenvolveram seus próprios métodos de investigação da segurança alimentar de suas populações, construindo indicadores essenciais para o direcionamento de políticas públicas de combate à fome e à pobreza (PNAD, 2004). No Brasil, a utilização da escala de medida direta da IA e fome partiu do estudo de validação realizado em 2003 e 2004 por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, coordenado pela Dra. Ana Maria Segall-Corrêa, com a utilização de recursos de pesquisa qualitativa e quantitativa (CORRÊA et al., 2004; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004). Este processo de validação iniciou-se pela tradução da escala original do USDA, com 18 itens, apresentada a um primeiro painel de especialistas em abril de 2004, em que os mesmos sugeriram que as adaptações fossem realizadas de acordo aos contextos socioculturais. A partir desta decisão a escala foi testada nas áreas urbana e rural das cinco grandes regiões do país, entre os anos de 2003 e 2004 (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

Esse processo de validação qualitativa e quantitativa no Brasil foi realizado a partir da formação de onze grupos focais formados por seis a doze pessoas, tendo como participantes

mulheres e homens adultos, residentes em comunidades pobres das localidades estudadas, resultando nas seguintes definições na etapa quantitativa:

“revisão do questionário por parte dos participantes com adaptações de linguagem julgadas pertinentes. Na etapa quantitativa (inquérito) optou-se por usar amostras intencionais de domicílios, selecionados para representar quatro estratos sociais (classe média, média baixa, pobre e muito pobre), podendo observar validade preditiva alta, mostrada pelo paralelismo das curvas de respostas positivas as 15 perguntas, segundo os quatro estratos de renda (SEGALL CORRÊA et al, 2003).”

Segundo SEGALL CORRÊA et al, 2003, as reuniões com os grupos focais na etapa qualitativa foram direcionadas a exploração dos termos a ser utilizados e modificações na estruturação da escala, então:

“optaram por explorar nos grupos focais os seguintes termos: alimentação saudável, alimentação variável, alimentação saudável e variada, alimento nutritivo, dinheiro suficiente e fome, chegando as seguintes alterações: Substituição de algumas palavras, termos, expressões; Foram recomendados três meses a doze, para a referência recordatória dos eventos; Redefiniram-se as frequências de ocorrência das situações de inseguranças alimentar; Ajustou-se o formato sem alterar a estrutura básica do questionário; Fez-se recomendações sobre os cuidados a serem observados quando da aplicação do questionário; Ajustou-se o modo de iniciar a entrevista e o pedido de consentimento (SEGALL CORRÊA et al, 2003).”

Com as modificações sugeridas, a estrutura, conceitos e linguagem desenvolvidos foram considerados pelos participantes, de fácil compreensão para a população brasileira residente tanto em área urbana quanto rural. (LEÃO, 2005; PANIGASSI, 2005).

O primeiro diagnóstico, no Brasil, de segurança e insegurança alimentar com abrangência nacional foi realizado através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD (2004) que utilizou a versão adaptada da EBIA para realização do diagnóstico de SAN. A Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar da PNAD 2004, foi financiada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, cujos resultados mostraram a consistência da validação da EBIA. Esta pesquisa revelou que, nos domicílios brasileiros onde moravam famílias com algum grau de restrição alimentar, a IA observada descrevia o mesmo quadro de desigualdades regionais mostradas por outros indicadores, com prevalências mais altas no Norte e no Nordeste do país (PNAD, 2009).

No ano de 2006, esse diagnóstico foi atualizado através do uso da EBIA na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), que traçou um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, foi coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

No ano de 2009 uma nova PNAD foi realizada no Brasil, com o intuito de atualizar entre outras questões a situação de segurança alimentar da população utilizando a EBIA. Constatando que o número de domicílios brasileiros que se encontrava em algum grau de insegurança alimentar caiu de 34,9% para 30,2% entre 2004 e 2009. Registrou-se ainda que 69,8% dos 58,6 milhões domicílios particulares no Brasil estavam em situação de segurança alimentar, demonstrando a relevância deste tipo de pesquisa para avaliar a situação alimentar da população brasileira (PNAD, 2009).

Apesar de ter sido adotado com instrumento oficial para medida da INSAN, KEPPLÉ et al. (2011) aponta, em alguns trechos do seu artigo, alguns fatores limitantes do instrumento:

“esse marco atende a apenas alguma ou algumas das dimensões da SAN, a compreensão desta estará nos estreitos limites.”

“A escala adaptada e validada para a realidade brasileira, aplicada isoladamente, não é adequada para medir a complexidade de um fenômeno multidimensional e interdisciplinar como a SAN”.

Entretanto, esse autor destaca as seguintes vantagens com a sua aplicação:

“Ela é útil para as estimativas de prevalência dos diversos níveis de insegurança alimentar, para a identificação de grupos ou populações de risco em nível local, regional ou nacional, e para o estudo dos determinantes e consequências da IA, quando a ela são adicionados os indicadores apropriados”.

Ainda sobre a EBIA afirma que:

“Este instrumento de avaliação de SAN em nível familiar é adequado, como já foi demonstrado, para fazer diagnóstico de insegurança alimentar, indicar populações sob maior risco e, se utilizado juntamente com indicadores

apropriados, também para o acompanhamento e avaliação do impacto populacional dos programas e políticas públicas. Ele não é, entretanto, um instrumento adequado para avaliar os processos de implementação de políticas.”

Segundo WEBB *et al.* (2006) após uma avaliação de pesquisas que utilizam a EBIA nos últimos anos no Brasil os autores citam como avanços:

“(1) menos ênfase no uso de indicadores de disponibilidade e utilização de alimentos e mais no uso de medidas de acesso aos alimentos; (2) mudança de enfoque nas medidas objetivas para as subjetivas; e (3) ênfase crescente na mensuração fundamental (direta) em vez de medidas indiretas” (WEBB *et al.* 2006).

Mesmo com os limites apresentados acima, se acredita que a EBIA fornece informações estratégicas para a realização de diagnósticos de segurança alimentar indicando as populações de maior risco em áreas determinadas, podendo ser utilizados em estudos de amplitude macro e microrregionais a fim de avaliar o impacto dos programas e das políticas públicas. Nos espaços microrregionais ou locais a aplicação deste instrumento pode contribuir com o processo de planejamento e programação de ações de base territorial, na medida em que permite quantificar os grupos sociais em risco de insegurança alimentar (IA).

3.0 FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.

O processo de aplicação da EBIA envolve etapas, sendo que a primeira delas envolve o conhecimento e estruturação do instrumento, o qual conta com 15 questões (Quadro 1), na qual se verifica que nove delas estão direcionadas aos adultos e seis às crianças moradoras do domicílio. As perguntas da escala referem-se ao período de noventa dias que antecedem ao dia da entrevista, em que são fornecidas as alternativas de respostas ‘Sim’ e ‘Não’. Se a resposta for afirmativa, pergunta-se a frequência de ocorrência do evento nesse período, oferecendo-se as seguintes alternativas de respostas: ‘em quase todos os dias’, ‘em alguns dias’ e ‘em apenas um ou dois dias’.

Quadro 1. Perguntas que compõe a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

1. Nos últimos 3 meses, a Sra. teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que Sra. tivesse condição de comprar mais comida?
2. Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a Sra. tivesse dinheiro para comprar mais?
3. Nos últimos 3 meses, a Sra. ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?
4. Nos últimos 3 meses, a Sra. ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?
5. Nos últimos 3 meses, a Sra. alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida?
6. Nos últimos 3 meses, a Sra. alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?
7. Nos últimos 3 meses, a Sra. perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?
8. Nos últimos 3 meses, a Sra. ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?
9. Nos últimos 3 meses, a Sra. teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou?
10. Nos últimos 3 meses, a Sra. não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro?
11. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida?
12. Nos últimos 3 meses, a Sra., alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?
13. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas a Sra. simplesmente não podia comprar mais comida?
14. Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida?
15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida?

O grau de severidade da insegurança alimentar pode ser analisado por meio dos componentes psicológicos, como mostra a questão de número 1 do quadro acima, que avalia inicialmente a ansiedade ou dúvida sobre a disponibilidade futura de alimentos na casa, para suprir as necessidades dos moradores.

Posteriormente, há um constructo que analisa a qualidade dos alimentos e o comprometimento das preferências socialmente estabelecidas a cerca dos alimentos e sua variedade no estoque doméstico, conforme mostram as questões de número 3, 4 e 9.

Em seguida, é analisada a deficiência em termos quantitativos, estando relacionada à redução da quantidade dos alimentos entre adultos e crianças, além da situação de fome, que é quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos, como mostra as questões 2, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

Com base nesse gradiente de pontuação é que são analisados os resultados finais que se enquadram nos pontos de corte que equivalem aos significados teóricos acerca da segurança alimentar, conforme apresentados abaixo (COATES, 2006; SEGURANÇA..., 2006; SWINDALE; BILINSKY, 2006; PÉREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA 2008 apud PNAD, 2009):

“Segurança alimentar: Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.”

“Insegurança alimentar leve: Preocupação ou incerteza quanto ao acesso a alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.”

“Insegurança alimentar moderada: Redução quantitativa de alimentos entre os adultos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos.”

“Insegurança alimentar grave: Redução quantitativa de alimentos entre as crianças e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre crianças levando a fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos)” (PNAD, 2009).

A partir das definições acima, quando o entrevistado responde negativamente a todas as questões da escala, a família é classificada em situação de segurança alimentar; até 5 respostas positivas, insegurança alimentar leve, nesse nível o aspecto mais afetado é a qualidade da alimentação, juntamente com a preocupação de que possa faltar alimento no futuro próximo; de 6 a 10 respostas positivas, insegurança alimentar moderada, em que está relacionada à restrição quantitativa na alimentação dos adultos da família, e de 11 a 14 respostas positivas, insegurança alimentar grave, que representa um estado que a família convive com a situação real de fome, na qual os adultos e/ou as crianças residentes dos domicílios deixam de realizar refeições ou mesmo ficam até um dia inteiro sem comida.

A EBIA é um instrumento de fácil análise e pode ser avaliada através de programas estatístico, como é o caso dos *softwares Epi Info* e o *SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences), entre outros. O *Epi Info* é de domínio público e está disponível na internet (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>) para serem adquiridos a qualquer momento por profissionais da área. O Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000) em seu site na internet disponibiliza uma apostila com o passo a passo para se manusear o *Epi info* através do link: <http://www.fm.usp.br/dim/epiinfo/index.php>, colaborando para o rápido desenvolvimento de um questionário ou formulário, padronizando o processo de entrada de dados, alimentando o banco e analisando os dados (SILVEIRA, 2000).

4.0 APOIO MATRICIAL PARA REALIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SAN NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS ESF.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2006) proposto pelo Ministério da Saúde que descreve as diretrizes do NASF um conceito chave para atuação no contexto deste núcleo é o entendimento da sua forma de atuação. Sendo assim afirma que:

“o correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência””. O apoio matricial deverá ser formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (Equipes de Saúde da Família) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Ainda neste documento são definidas as dimensões do apoio matricial, são elas:

“A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Fica claro, portanto, que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com Gastão e Domitti (2007):

“o apoio matricial em saúde trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, objetivando assegurar tanto retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência.

“...o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores”.

Deste modo, esta sessão vai apresentar uma proposta metodológica de apoio matricial realizado pelo Nutricionista cujo objetivo está voltado para aplicação do diagnóstico de SAN por meio da EBIA, em áreas de abrangência das ESF. Parte-se do princípio de que a atuação desse profissional no NASF ocorre por meio de apoio matricial, neste contexto esta proposta se insere na dimensão técnico-pedagógica do apoio, uma vez que irá produzir ação de apoio educativo para os ACS realizarem o diagnóstico de SAN. Acrescenta-se a isso que o profissional de Nutrição irá funcionar como um coordenador, especializado em todo processo de definição da amostra, entendimento da escala e análise e problematização dos resultados junto à ESF.

Espera-se que esta proposta possa fomentar um debate e contribuir para uma ação do Nutricionista pautado nos princípios que fundamentam o NASF. Os ACS terão um papel fundamental na efetivação das atividades de diagnóstico, pois, parte-se da intenção de empoderá-los a possuírem autonomia para realizar diagnósticos das situações de SAN em áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família (USF) de referência, possibilitando, deste modo, uma ação conjunta entre os ACS, Nutricionistas e os demais profissionais integrantes das

ESF e do NASF, colaborando com informações que subsidiarão o planejamento e programação de ações setoriais e intersetoriais de promoção da SAN.

A partir do exposto, sugere-se que esta proposta seja realizada em cinco momentos, devendo os mesmos caminhar juntos em todo o processo, sendo eles: Sensibilização: Apresentação da proposta para ESF e outros integrantes do NASF; O mapeamento das áreas de abrangência das ESF e definição da amostra; Capacitação dos ACS e coleta dos dados; Tabulação e análise dos dados; Divulgação dos resultados e programação de ações.

4.1 Momento 1 – Sensibilização

Propõe-se que o Nutricionista do NASF proponha e coordene a realização de um estudo de caráter transversal de base populacional, para tanto, se deve partir da realização de uma reunião com as ESF e NASF para que o profissional de Nutrição apresente a proposta e debata sobre a importância da realização desta ação.

4.2 Momento II - O mapeamento das áreas de abrangência das ESF

Após o momento I, caso a equipe concorde com realização da atividade, em parceria com ACS o Nutricionista deve realizar a coleta de informações sobre o mapeamento da área de abrangência das equipes da ESF, do número de ACS em cada área e população coberta. As informações da quantidade de domicílios cobertos por cada ESF podem ser adquiridas através da plataforma do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB *on line* (<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>), em que se obtêm informações sobre o cadastro de famílias. Além desta forma de obtenção sugere-se que se adquiram também informações das áreas de cobertura diretamente com os ACS, a fim de avaliar convergências (SIAB, 2012).

Em seguida, ainda trabalhando diretamente com os ACS, o Nutricionista deve definir a amostra. Para o cálculo de definição da amostra propõe-se a utilização da Amostra Aleatória Simples na qual todos os elementos têm a mesma probabilidade de serem selecionados. Uma amostra desse tipo pode ser obtida, por exemplo, através do sorteio dos elementos.

Para este cálculo, é importante que se utilize como referência um estudo já realizado de prevalência de insegurança alimentar em âmbito regional ou estadual. Tais informações podem

ser coletadas a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2009 (PNAD), em que o percentual de INSAN será útil para determinar o cálculo amostral. Neste sentido, após o processo final de mapeamento se obterá para um determinado município o número de ESF e o número de domicílios cobertos por cada ESF. Para o cálculo amostral será considerado a prevalência de INSAN fixada em 41,2% (encontrado no estado da Bahia), com nível de significância em 95%. A partir destas informações poderá se ter uma base da quantidade de famílias a serem entrevistadas.

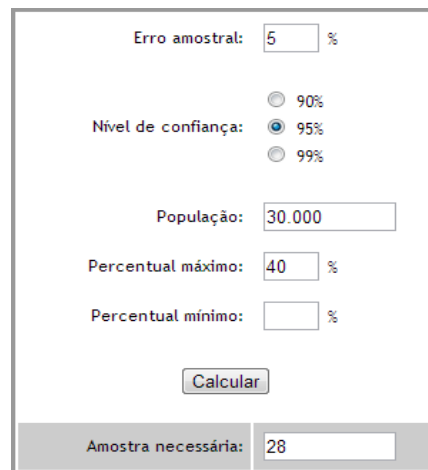
A definição da amostra pode ser realizada através da internet, por meio de sites que utilizam uma fórmula específica para a obtenção do cálculo da amostra, facilitando este processo sem que haja a necessidade de contratação de um profissional estatístico. Os sites são: <<http://www.calculoamostral.vai.la/>>; <<http://www.masiero.com.br/ferramentas/amostragem/form.html>>, entre outros. A Figura 1 representa um exemplo de como a página para cálculo da amostra se apresenta na internet.

Serão necessários para o cálculo, às informações de prevalência máxima ou prevalência mínima. A prevalência máxima é definida quando o valor a ser utilizado como referência em um estudo encontra-se menor do que 50% e a prevalência mínima é definida quando este valor encontra-se maior do que 50%. O exemplo descrito na Figura 1 utiliza a sugestão do estudo de prevalência de insegurança alimentar realizado pela PNAD representando a prevalência máxima.

Com isso, ao se ter acesso ao site deve-se seguir para a calculadora, conforme mostra a figura abaixo, selecionando a opção grau de significância de 95% e $p < 0,05$, comumente estabelecido por pesquisadores para o processo de obtenção da amostra.

Depois de realizado, deve-se colocar o valor da quantidade de domicílios pertencentes às áreas de cobertura das ESF no local denominado população e prosseguir clicando em calcular, para se obter o resultado. Existem outros métodos para realizar o cálculo amostral, porém, este foi escolhido por ser de mais fácil entendimento e acesso. Após o fornecimento da amostra deve-se iniciar o processo de definição dos domicílios.

Figura 1 - Calculadora de cálculo amostral e exemplo para a obtenção da amostra.



The image shows a web-based calculator for determining sample size. It features several input fields and radio buttons. The 'Erro amostral' (Sampling Error) is set to 5%. The 'Nível de confiança' (Confidence Level) is set to 95% with the 95% radio button selected. The 'População' (Population) is 30.000. The 'Percentual máximo' (Maximum Percentage) is 40%. The 'Percentual mínimo' (Minimum Percentage) is empty. A 'Calcular' (Calculate) button is present. Below the button, the 'Amostra necessária' (Required Sample) is displayed as 28.

Erro amostral:	<input type="text" value="5"/>	%	
Nível de confiança:	<input type="radio"/> 90%	<input checked="" type="radio"/> 95%	<input type="radio"/> 99%
População:	<input type="text" value="30.000"/>		
Percentual máximo:	<input type="text" value="40"/>	%	
Percentual mínimo:	<input type="text"/>	%	
<input type="button" value="Calcular"/>			
Amostra necessária:	<input type="text" value="28"/>		

Disponível em: <http://www.masiero.com.br/ferramentas/amostragem/form.html>

O Nutricionista pode definir quais os domicílios a serem entrevistados aleatoriamente por meio de sorteio (processo que caracteriza a Amostra Aleatória Simples), ou programas estatísticos (*Bioestatistic ou Statdisk*), iniciando o processo de interação direta com os ACS, por meio do compartilhamento das informações sobre as famílias a serem entrevistadas e o respeito à metodologia empregada, explicando que em caso de domicílio sem moradores e ou fechados, eles poderiam optar pelo primeiro à direita, se repetido o problema, pelo primeiro à esquerda.

4.3 Momento III - Capacitação dos ACS e coleta dos dados

Esse processo deve ocorrer em reuniões com os ACS, onde devem ser abordados também: apresentação do histórico de utilização da EBIA no Brasil, conceitos relacionados com a metodologia de aplicação do instrumento, importância do trabalho dos ACS nas comunidades, relevância do diagnóstico de SAN e a importância da promoção da segurança alimentar para manutenção da saúde dos indivíduos. Ao final deste momento, é importante a simulação de um processo de entrevistas entre os ACS, para que o treinamento ocorra de forma mais efetiva, com a finalidade de diminuir dúvidas, bem como avaliar a forma de falar e até mesmo a postura do ACS no momento da entrevista.

4.4 Momento IV – Coleta e tabulação dos dados

Depois de cumprido o momento III, parte-se então para a coleta de dados. Neste momento o Nutricionista deve acompanhar as atividades por meio de reuniões, nas quais serão dadas as oportunidades para que os ACS exponham suas colocações com relação ao processo de coleta de dados. Deve-se também orientá-los em relação ao respeito às regras para definição dos domicílios a serem entrevistados.

Na fase de processamento e análise dos dados, o profissional de Nutrição deve possuir como recurso, um computador com acesso à internet para que possa ter acesso ao programa *Epi info*, que deve ser implantado para construção do banco de dados (<http://www.cdc.gov/epiinfo/>). Os dados resultantes da análise podem ser apresentados em formatos de tabelas, sugerem-se os seguintes formatos:

Tabela 2. Condições de SAN/INSAN do Município X por ESF, 2012.

Município X	Nº Domicílios	SAN	ISAN	ISAN Leve	ISAN Moderada	ISAN Grave
ESF I	X	X	X	X	X	X
EFS II	X	X	X	X	X	X
ESF III	X	X	X	X	X	X

Fonte: Pesquisa de Campo

Tabela 3. Condições de SAN/INSAN das áreas de abrangência da ESF 1, 2012.

ESF 1	Nº Domicílios	SAN	ISAN	ISAN Leve	ISAN Moderada	ISAN Grave
MICROÁREA I	X	X	X	X	X	X
MICROÁREA II	X	X	X	X	X	X
MICROÁREA III	X	X	X	X	X	X

Fonte: Pesquisa de Campo

O momento V deve ser marcado pela divulgação dos resultados e programação de ações. Após a sistematização destas informações sobre SAN nos municípios ou nas áreas de abrangência da Saúde da Família, deve-se partir para apresentação destes resultados para as equipes (ESF e NASF), comunidade e Secretários Municipais de Saúde. Considerando a abrangência do conceito de SAN, a mobilização de outros atores sociais faz-se necessária com a finalidade de implantar ações e estratégias setoriais e intersetoriais para a promoção da SAN e, conseqüentemente, da saúde.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve o objetivo de apresentar uma proposta metodológica para subsidiar a atuação dos Nutricionistas integrantes dos NASF, com a finalidade de contribuir para aproximar suas ações, daquelas descritas como de sua responsabilidade na norma que instituiu os núcleos. Considerando a alta cobertura populacional do NASF - 8 a 20 equipes de saúde da família, significando a cobertura de 600 a 1 000 famílias - (SESAB, 2007), faz-se imprescindível à utilização do apoio matricial como peça fundamental da construção de práticas de promoção da saúde.

Como o trabalho do Nutricionista neste campo é muito novo este tipo de contribuição pode ser relevante para estimular experiências de utilização do apoio matricial na prática cotidiana dos profissionais de Nutrição para a realização de diagnósticos de SAN e, com isso, produzir informações sobre as condições de SAN das famílias que residem nos territórios de abrangência das ESF.

Esta ação pode colaborar com desenvolvimento de uma prática comprometida com a realidade local no âmbito das equipes, bem como, produzir uma mobilização em torno de uma prática na atenção básica que estabeleça elos fortes com o debate a cerca da formulação e implementação de políticas e ações de promoção da saúde, bem como sua real efetivação em microrregiões.

Para a aplicação da metodologia proposta, ainda são necessários aplicação e testes em realidades concretas para obter informações sobre a aplicabilidade, clareza do método e adesão dos ACS e ESF. Contudo, pode-se inferir que a adoção da mesma irá colaborar com a revisão das práticas dos Nutricionistas integrantes dos NASF, aqueles

que a tomarem como base, uma vez que proporciona o empoderamento dos profissionais por meio do apoio matricial, valoriza o saber-fazer de cada um, promove uma reflexão sobre a realidade social do território e contribui para o desenvolvimento de ações e planejamento.

Acrescenta-se que o método proposto pode ser considerado viável, visto que utiliza ferramentas com larga efetividade, baixo custo, fácil uso e acesso, que é o caso da EBIA, por conter informações detalhadas do instrumento desde o processo de criação ao processo de validação e aplicação, mostrando a eficácia do mesmo. Nesse sentido, para a efetivação do diagnóstico é indispensável à contribuição do trabalho dos Agentes Comunitários, pois, são eles os responsáveis pelo elo direto com a comunidade.

Conclui-se que esse trabalho ao propor uma metodologia de ação envolvendo as ESF e o NASF e, em especial, a ação do Nutricionista, neste contexto, visou contribuir com a mobilização de diálogos em torno da promoção da segurança alimentar no campo da saúde e, concomitantemente, apresentar uma alternativa para ação de apoio deste profissional, a qual caracteriza o seu trabalho no NASF, sem perder de vista a ênfase a integração das equipes e, dessa forma, fazer valer o título de “Equipe”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, A. M. O; SANTOS, S. M. C; FREITAS, M. C. S; SILVA M. C. M. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev. Nutr. 2002; 15(3):255-66.

BITTENCOURT, L. S., Fatores associados à insegurança Alimentar de famílias de escolares da rede pública de ensino de Salvador, Bahia, Brasil, Dissertação de mestrado, UFBA, Salvador, 2010.

BRASIL. Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN. In: CONSEA, editor. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Segurança Alimentar e Nutricional – Proposições do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Documento aprovado na plenária do CONSEA de 12 de agosto de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.156. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº. 648/2006. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 710/1999. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 687/2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 154/2008. Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; Obesidade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd12.pdf>. Acessado em: 18 de Novembro de 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução Nº 380/2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições. Estabelece parâmetros numéricos de referência por áreas de atuação e dá outras providências. Brasília; 2005.

BOOG, M. C. F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev. Nutr. 1999; 12(3):261-72.

BOOG M. C. F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Rev. Ciência & Saúde* 2008; 1(1):33-42.

CARVALHO, A. M. M. A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre - RS [monografia]. Porto Alegre (RS): Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul; 2005.

CAMPOS, G. W. S. et al. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. RJ. 23(2): 399-407, fev. 2007.

COUTO FILHO, VITOR DE ATHAYDE (coord.). Vale do Jiquiriçá: diagnóstico do território e caracterização de projetos intermunicipais de desenvolvimento. Salvador: Fase, 2005

CORREA, Ana Maria Segall. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. *Estud. av.* [online]. 2007, vol.21, n.60, pp. 143-154. ISSN 0103-4014.

CORRÊA, A. M. S. et al. *Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras*: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Urbano/rural. Relatório técnico: versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde; São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.bra.ops-oms.org/sistema/arquivos/vru_unic.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório and CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde soc.*[online]. 2011, vol.20, n.4, pp. 961-970. ISSN 0104-1290.

FIGUEIREDO, M.D & CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(1): 129-138, 2009.

GADELHA E.; WEITZMAN R. A segurança alimentar e nutricional no contexto dos movimentos sociais – Parte II. Disponível em: http://www.rede-mg.org.br/files/REDE_SAN_parte5.pdf. Acesso em 19 de Novembro de 2012.

GEUS L. M. M et. al; A importância na inserção do nutricionista na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):797-804, 2011.

HOFFMANN, Rodolfo. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v.15, n. 1, abr. 2008, p. 49-61. Disponível em:< <http://scholar.google.com.br> >. Acesso em: 15 de maio de 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Segurança Alimentar 2004/2009. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/seguranca_alimentar_2004_2009/pnadalimentar.pdf Acesso: 21 de agosto de 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar/ POF 2008/2009. Rio de Janeiro, 2010.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORREA, A. M. Conceituando e medindo Segurança Alimentar e nutricional. *Ciênc..saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.1, p. 187-199. ISSN 1413-8123.

LEÃO, M. *Fome e insegurança alimentar no Distrito Federal*. Brasília, 2005. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília.

MATRICIAMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: Apontamentos para III Conferência Municipal de Saúde Mental. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/matriciamento.pdf. Acesso em 18 de Novembro de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher. PNDS 2006 – resultados preliminares. Brasília DF, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>. Acessado em: 18 de Novembro de 2012.

OLALDE, A. R. et. al. Dinâmicas Territoriais Rurais no Vale do Jiquiriçá, Bahia, Brasil: Ponência apresentada al VIII congresso Latino-americano de sociologia Rural, Porto de Galinhas, 2010.

SILVEIRA, P. S. P. Informações gerais: o que é o Epi Info? *Informática Médica e Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 2000. Disponível em: <http://www.fm.usp.br/dim/epiinfo/geral.php>. Acesso em: 10 de Novembro de 2012.

PÁDUA, J. G.; BOOG, M. C. F. Avaliação da inserção do nutricionista na Rede Básica de Saúde dos municípios da Região Metropolitana de Campinas. São Paulo, Brasil. *Revista de Nutrição*; 19(4):413-424, Jul-Ago, 2006.

PANELLI-MARTINS, B.E.; SANTOS, S. M, C.; ASSIS, A.M.O. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. *Rev. Nutr.*, Ago 2008, vol.21, p.65s-81s.

PANIGASSI, Giseli et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.10, pp. 2376-2384. ISSN 0102-311X.

PANIGASSI, G. *Inquérito populacional sobre a percepção da segurança alimentar intrafamiliar no município de Campinas, SP*. 2005. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *Journal of Nutrition*, v.134, n.8, p.1923-8, 2004.

SANTANA, L. A. A. HENRIQUE, F. C. S. Programa de Atenção aos Desnutridos e às Gestantes em Risco Nutricional In: Santos SMC, Santos LMP. (Org.). Avaliação de Políticas Públicas de Segurança Alimentar e Nutrição no estado da Bahia. São Paulo: Editora Gráfica, 2008, v. 01, p. 01-302.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. *Fam. Saúde Desenv. Curitiba*, v.7, n.3, p.257- 265, set./dez. 2005.

SANTOS, G. E. O. *Cálculo amostral*: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 05 de novembro de 2012.

SEGALL-CORREA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SEGALL-CORREA, A. M.; SALLES-COSTA, R. Novas possibilidades de alimentação a caminho? *Democracia Viva*, n. 39, p. 68-73, jun. 2008.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL. Relatório Técnico - Acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/validacao_brasil1.pdf. Acesso em: 15 de novembro de 2012.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Rev. Nutr.*[online]. 2005, vol.18, n.4, pp. 439-457. ISSN 1415-5273.

WEBB P; COATES J; FRONGILLO E.A; ROGERS B.L; SWINDALE A; BILINSKY P. Measuring household food insecurity: why it's so important and yet so difficult to do. *J Nutr* [serial on the Internet] 2006 [cited 2012 Nov 01]; 136(Suppl.) [about 5 p.]. Available from: <http://jn.nutrition.org>.

WEITZMAN, R. Educação popular em segurança alimentar e nutricional: uma metodologia de formação com enfoque de gênero. Belo Horizonte: Rede de Intercâmbio de Tecnologias Alternativas, 2008. 232p.: il.; 28cm.

YUYAMA, Lucia Kiyoko Ozaki et al. Percepção e compreensão dos Conceitos contidos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, em comunidades Indígenas no Estado do Amazonas, Brasil. *Rev. Nutr.* [online]. 2008, vol.21, suppl., Pp 53s-63s. ISSN 1415-5273.

