

UNIVERSIDADE SANTO AMARO

Curso de Nutrição

Joyce Rodrigues Aquino Firmino

Patricia Barros Pavan Pontel

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA
ATENÇÃO BÁSICA**

São Paulo

2021

Índice de Figuras

Figura 1 - Sentinela de Risco da Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).....	9
Figura 2 - Classificação de Risco, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).....	9
Figura 3 - Fatores de Risco e Classificação Socioeconômico, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).	10
Figura 4 - Condições Crônicas Prioritárias, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária de Saúde).	10
Figura 5 - Critérios Socioeconômicos, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons.Nacional de Secretária de Saúde).	11
Figura 6 - Classificação de Risco Socioeconômico, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária de Saúde).	11
Figura 7 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	13
Figura 8 - Pontos de Corte Segundo Nível de Segurança/Insegurança Alimentar - fonte: EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar).....	13
Figura 9 - Avaliação Nutricional Subjetiva - fonte: elaborado pelas estagiárias	14
Figura 10 - Etapas do Estudo.....	16

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVO.....	5
3 JUSTIFICATIVA	6
4 DESENVOLVIMENTO.....	8
5 RESULTADO	17
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	18

1 INTRODUÇÃO

Após a mudança de perfil epidemiológico nos últimos anos e a sua identificação entre os anos de 1970 à 1980, verificou-se que uma das mais importantes enfermidades no Brasil, era de etiologia alimentar e de ordem quantitativa, respectiva à falta de acesso e renda insuficiente, e, portanto, passando a ser um dos focos para elaboração de políticas públicas pelo Ministério da Saúde. ⁽¹⁾

No intuito de desenvolver ações como a suplementação alimentar, racionalização da produção e carências nutricionais, foi criado nas décadas posteriores tornar mais acessível o relacionamento da indústria alimentar em seus desenvolvimentos e interesses. A partir 1990, à Nutrição foi surpreendida com tais alterações e passa a ser primordial no enfrentamento das DCNTS' (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a mudança de perfil dos consumidores, sedentarismo e a falta de tempo para preparo dos alimentos ,acelerou a adesão do consumo de alimentos industrializados, que são ricos em sódio, gordura e açúcar ,assim conseqüentemente elevando os números doenças como Diabetes, Hipertensão, Obesidade e Dislipidemia, e portanto descaracteriza a visão de que somente a falta de acesso ,fosse o maior problema de Insegurança Alimentar.⁽¹⁾

Outro ponto não menos importante, foi a expressiva desigualdade social, que agravou a falta de acesso à alimentação das famílias carentes, em quantidade e qualidade consideradas necessárias para atender as carências nutricionais. Após a identificação destes preceitos, em 2003 foi criado programas como o “Fome Zero”, e a Lei federal nº 11.346 que institui o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e, portanto, tornando o papel da Nutrição primordiais na atenção primária, que naturalmente à compõe e se faz necessária para desenvolver atividades ao lado da equipe multidisciplinar ,como no caso do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família),que absorve a esta demanda no SUS, acompanha as incidências de doenças, compreende as necessidades e desenvolverá ações para intervenção do tratamento e promoção da saúde.⁽¹⁾

2 OBJETIVO

Identificar os perfis no território com predisposição para desenvolver as DCNT's, seja por motivo etiológico, uma e/ou mais comorbidades associadas ou causa socioeconômica, recorrente da IAN (Insegurança Alimentar e Nutricional).

Rastrear as problemáticas e mitigar as causas, assim reduzindo os impactos que causam a rede pública e a qualidade de vida da população.

Promover ações efetivas e maximizar a identificação da etiologia das DCNT's na UBS Varginha e serviços de apoio CAPS (Adulto e Infantil), URSI e facilitar o acesso para a qualidade de vida.

3 JUSTIFICATIVA

No início da década de 2.000, cerca de 55 milhões de brasileiros viviam com somente à metade de um salário mínimo, e cerca de 44 milhões viviam com um quarto deste salário. Esta condição é reflexo de um cenário econômico, e vem se aprofundando ainda mais com o atual enfrentamento da pandemia Covid-19, que no qual evidenciou o desemprego, dificultando ainda mais ao acesso a alimentação de qualidade e em quantidade insuficientes, além de interferir em condições de bem estar como: renda, moradia adequada, abastecimento de água, saneamento básico, acesso à serviços de saúde, escolas e transporte público. ⁽³⁾

Tal vulnerabilidade deve-se a desigualdade de renda, e é perceptível, que impacta diretamente ao acesso das famílias à alimentação, e para melhor compreendermos o significado, se faz necessário realizar a rastreabilidade das consequências que a IAN (Insegurança Alimentar e Nutricional). ⁽³⁾

Quando não é possível o acesso a alimentação de forma independente, se faz necessário, e é direito da população à intervenção do estado para desenvolver e aplicar políticas públicas de saúde, e devido à proximidade e como um canal de primeiro contato, à Atenção Primária acaba absorvendo a esta demanda e triando as necessidades da população da região, assim cumprindo o papel de intermediário. ⁽³⁾

Tais doenças tem sido um enfrentamento na Atenção Básica, pois além dos pacientes apresentarem as doenças de etiologia genética, se faz presente doenças recorrentes de etiologia alimentar, devido a uma alimentação pobre em nutrientes, ricos em açúcar, sódio e gordura. ⁽⁵⁾

Essa instabilidade ao acesso alimentar não reflete somente à potencializar à desnutrição e carências nutricionais, mas expõe ainda mais as DCNT's (Doenças Crônicas não Transmissíveis) como a Obesidade, Diabetes, Hipertensão e outros ⁽⁵⁾

As doenças crônicas não transmissíveis, constituem o problema de saúde de maior magnitude atualmente e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT's atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes. Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias

crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da Atenção Básica, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010). ⁽⁵⁾

Já os fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana, 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. ⁽⁵⁾

Baseando-se nos atendimentos e respectivamente nos indicadores da UBS/Varginha, proferiu a necessidade de rastreabilidade e através dos resultados, realizar a intervenção de ações para minimizar os casos mais comumente ativos no território. E para tanto será aplicado um estudo para contabilizar a prevalência das DCNT's identificadas dos usuários e contará com o auxílio dos serviços especializados que acompanham pacientes com as mesmas comorbidades.

4 DESENVOLVIMENTO

Para estratificar os pacientes com o perfil para o estudo, será utilizado o IAB (Indicador de Atenção Básica) que se trata de um indicador desenvolvido internamente para mensurar e consolidar o perfil epidemiológico dos usuários. Após sua seleção será ainda utilizado o questionário de Escala Coelho-Savassi para filtrar os pacientes com o perfil desejado para o estudo, ou seja, Hipertensos e Diabéticos.

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS), trata-se de um instrumento de estratificação de risco familiar, desenvolvido em Minas Gerais, baseando-se na ficha A do SIAB, o mesmo é composto por parâmetros de risco e são aplicados pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), o mesmo tem como objetivo determinar o risco social e de saúde, não necessitando de escalas mais complexas.

(4)

- **Sentinela de Risco e Classificação – Escala Coelho-Savassi:**

DADOS DA FICHA A (SENTINELAS DE RISCO)	ESCORE DE RISCO
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Figura 1 - Sentinela de Risco da Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).

ESCORE TOTAL	RISCO FAMILIAR
0 a 4	Sem Risco
5 a 6	R1 – Risco Menor
7 a 8	R2 – Risco Médio
9 ou mais	R3 – Risco Máximo

Figura 2 - Classificação de Risco, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).

• **Fatores de Risco Socioeconômico e Classificação:**

FATORES DE RISCO SÓCIO-ECONÔMICO	
É considerada de risco a família que apresente um ou mais dos fatores de risco	
Alfabetização do chefe da família	• Chefe não é alfabetizado, ou seja não sabe ler nem escrever mesmo um bilhete simples
Renda familiar	• Situação de extrema pobreza, ou seja inclusão no Programa Bolsa Família
Abastecimento de água	• Domicílio não tem abastecimento de água, ou seja, não existe rede pública de abastecimento e a água é proveniente de poços, cisternas, nascentes naturais ou outras
PONTUAÇÃO:	
Nenhum dos fatores de risco	0
Presença de um dos fatores de risco	1
Presença de dois fatores de risco	2
Presença de três fatores de risco	3

Figura 3 - Fatores de Risco e Classificação Socioeconômico, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária da Saúde).

• **Condições Crônicas Prioritárias e Classificação:**

CONDIÇÕES CRÔNICAS PRIORITÁRIAS	
É considerada de risco a família em que um ou mais de seus integrantes apresentarem uma ou mais condições ou patologias por ciclo de vida	
Gestante de alto risco	
Criança de alto risco	
Hipertenso de alto ou muito alto risco	
Diabético de alto ou muito alto risco	
Outras condições crônicas de alto risco definidas como prioritárias pela equipe de saúde	
PONTUAÇÃO:	
Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0
Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1
2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2
1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3

Figura 4 - Condições Crônicas Prioritárias, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária de Saúde).

Tendo identificado os fatores, se faz necessário discutir o acesso da família e realizar a pontuação para cada um dos critérios, e em seguida fazer a somatória das duas pontuações chegando à pontuação total de acordo com o quadro abaixo:

- **Critérios Socioeconômicos e Classificação:**

PONTUAÇÃO FINAL PARA CLASSIFICAÇÃO POR GRAU DE RISCO		CRITÉRIOS SÓCIO-ECONÔMICOS			
		Nenhum dos fatores de risco	Presença de um dos fatores de risco	Presença de dois fatores de risco	Presença de três fatores de risco
P		0	1	2	3
CRITÉRIOS CLÍNICOS	Nenhum dos componentes tem alguma condição ou patologia crônica	0	1	2	3
	Apenas 1 dos componentes tem 1 patologia ou condição crônica	1	2	3	4
	2 ou mais componentes têm 1 patologia ou condição crônica	2	3	4	5
	1 ou mais componentes têm concomitantemente 2 ou mais condições ou patologias crônicas	3	4	5	6

Figura 5 - Critérios Socioeconômicos, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária de Saúde).

PONTUAÇÃO TOTAL	GRAU DE RISCO
0	Sem Risco
1	Risco Baixo
2 – 3	Risco Médio
≥ 4	Risco Alto

Figura 6 - Classificação de Risco Socioeconômico, Escala Coelho Savassi - fonte: CONASS (Cons. Nacional de Secretária de Saúde).

A Escala Coelho Savassi, especificada acima, costuma-se ser aplicada anualmente pela UBS, e para o estudo será utilizado os dados mais recentes de

2021. Assim se conseguirá determinar quais dos pacientes com as comorbidades que fazem o uso da Insulina e/ou Medicamento.

Após a seleção do perfil pelos dados indicadores dos pacientes do território, será aplicado a Escala EBIA, mais o questionário subjetivo para identificar informações de hábitos pessoais, respectivamente.

EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar), serve como inquérito investigativo, desenvolvido para mensurar o alcance de Insegurança Alimentar e Nutricional, o mesmo é composto por 14 perguntas baseadas no direcionamento como renda familiar e para se obter o resultado serão contabilizadas as respostas de “Sim” e “Não”, para categorizar a Insegurança Alimentar que vão de *AS Segurança Alimentar, IL Insegurança Alimentar Leve, IM Insegurança Alimentar Moderada e IG Insegurança Alimentar Grave.*

- **Escala EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar) e classificação:**

		Sim	Não
1.	Nos Últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber 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?	()	()

Figura 7 - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

	Domicílios com menores de 18 anos	Domicílios sem menores de 18 anos
SA	0	0
IL	1-5.	1-3.
IM	6-9.	4-5.
IG	10-14.	6-8.

* SA: Segurança Alimentar; IL: Insegurança Alimentar Leve; IM: Insegurança Alimentar Moderada; IG: Insegurança Alimentar Grave.

Figura 8 - Pontos de Corte Segundo Nível de Segurança/Insegurança Alimentar - fonte: EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar).

- **Avaliação Nutricional pessoal e subjetiva:**

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Identificação do paciente

Nome: _____

Endereço / Area: _____

Idade: _____ Gênero: _____ Estado Civil _____

Peso: _____ Altura: _____ N° de residentes no domicílio: _____

Renda familiar Média: _____

Histórico clínico

		Sim	Não
1.	Câncer?	()	()
2.	Cardiopatias?	()	()
3.	Diabetes?	()	()
4.	Dislipidemia?	()	()
5.	Doença Hepática?	()	()
6.	Doença Renal?	()	()
7.	Doenças Respiratórias?	()	()
8.	Hipertensão?	()	()
9.	Obesidade?	()	()

Hábitos gerais

		Sim	Não
1.	Faz ou já fez acompanhamento nutricional?	()	()
2.	Fumante?	()	()
3.	Faz ingestão de bebida alcoólica?	()	()
4.	Faz uso de medicamentos?	()	()
5.	Atividade física?	()	()

Figura 9 - Avaliação Nutricional Subjetiva - fonte: elaborado pelas estagiárias

A pesquisa será aplicada pelas ACS (Agentes Comunitárias de Saúde) nos domicílios dos pacientes selecionados, e após sua conclusão, serão entregues, para a organização dos facilitadores do estudo.

Por fim, os dados serão organizados e contabilizados em planilha Excel, que posteriormente farão a apresentação dos resultados à UBS e serviços especializados envolvidos, para auxiliar no desenvolvimento de ações para minimizar os impactos da Insegurança Alimentar e Nutricional e respectivamente as DCNT's.

4.1 Método

- Etapa 01 e 02: O estudo será aplicado em pacientes do território e serviços especializados que já são direcionados pela UBS Varginha, portadores de Hipertensão e Diabéticos (ambos), que serão separados em 2 grupos contendo 3 pacientes, assim totalizando 6 pacientes, os que fazem o uso de insulina e o outro de medicamentos com os instrumentos IAB e Escala Coelho-Savassi.
- Etapa 03: Pontualmente a unidade fará a seleção na respectiva amostra, 6 pacientes de cada uma das 8 áreas, e cada uma delas está dividida em 6 microáreas, assim totalizamos uma amostra total de 288 pacientes, mais os pacientes dos serviços especializados que serão selecionados conforme relação de nomes que será já apresentado, de acordo com a triagem da UBS.
- Etapa 04: O questionário EBIA e questionário subjetivo, será direcionado e aplicados nos locais pelas ACS (Agentes Comunitários de Saúde) em suas respectivas regiões, após aplicação, serão recolhidos imediatamente para a entrega aos facilitadores.
- Etapa 05: Após a entrega dos dados, será contabilizado os resultados.
- Etapa 06: Mediante os resultados, ocorrerá a apresentação para a Rede (UBS e Serviços), para a análise, e a partir dos resultados realizar as ações para a intervenção.

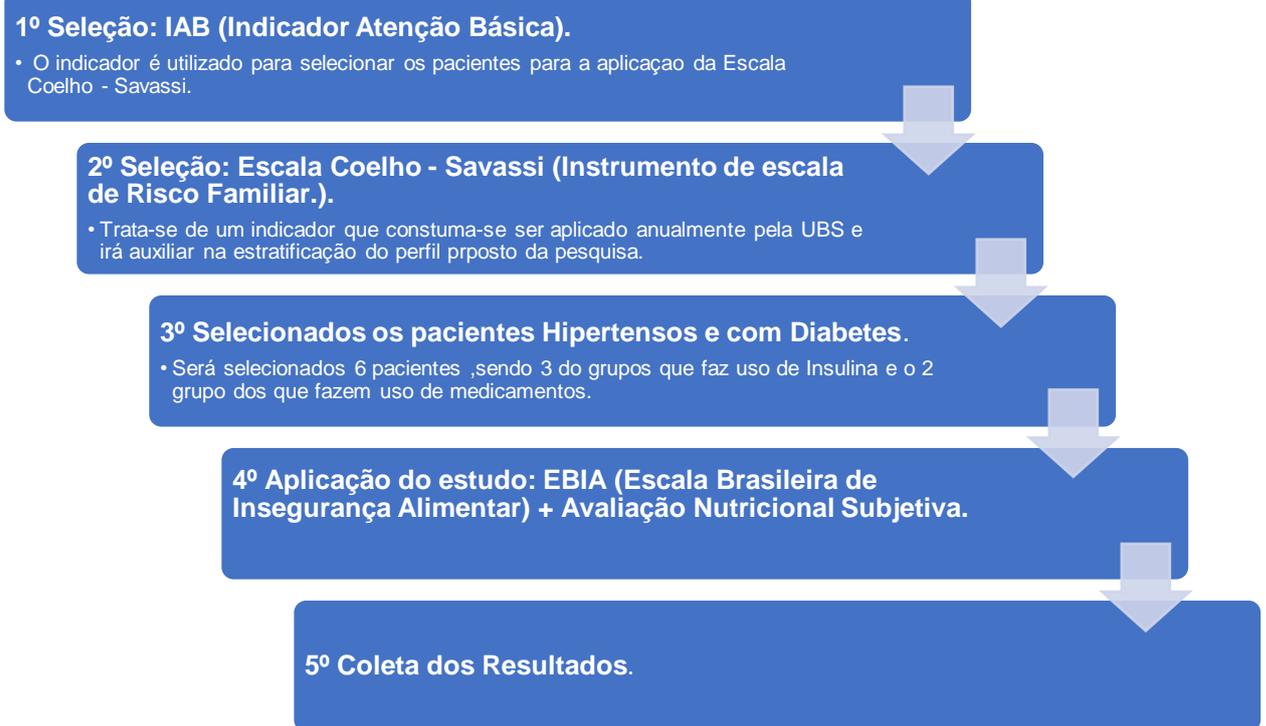


Figura 10 - Etapas do Estudo.

5 RESULTADO

A aplicabilidade do inquérito será realizada em período de 01/10 À 15/10, e os resultados serão apresentados no próximo encontro, “café com NASF”, com previsão para realização no dia 18/10.

Infelizmente não conseguiremos acompanhá-los no processo, mas a convite da equipe, participaremos da divulgação dos resultados, que serão apresentados aos colaboradores e serviços participantes.

6 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A conclusão será de extrema importância para a tomada de decisões da equipe multidisciplinar e principalmente do contexto nutricional, irá apontar quais os principais perfis que são acometidos pelas DCNT'S e promover ações para intervir de forma educativa e permanente ,para direcionar os cuidados nutricionais de modo que toda a rede de apoio (Profissionais e Serviços) possa auxiliar, assim minimizando os impactos da doença, melhorando a qualidade de vida, e respectivamente a expectativa de vida da população.

No ponto de vista econômico, os recursos que automaticamente seriam destinados ao tratamento das doenças, poderão ser direcionados para os cuidados, como preventivos e campanhas de saúde como no caso da Educação Nutricional, identificar as famílias que de fato requerem auxílio social, além de possibilitar investimentos na infraestrutura da própria UBS.

Referências Bibliográficas

1. JAIME, Constante Patricia; Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição; Rio de Janeiro; Atheneu;2019).
2. EBIA, Escala Brasileira de Insegurança Alimentar; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, nº 01,2014.
3. BEZERRA, Mariana, Silva, et al; Insegurança Alimentar e Nutricional no Brasil e sua correlação com os indicadores de vulnerabilidade; Ciências e Saúde Coletiva,25 (10) 3833-3846,2020.
4. CONASS, Conselho Nacional de Secretária da Saúde; Escala Coelho-Savassi; acesso: 04165621-classificacao-por-grau-de-risco-das-familias-18-crs (1).pdf
5. BRASIL, Ministério da Saúde; Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, Brasília, DF,2011.