

Da Academia à Política Pública: O Caso da Mensuração da Insegurança Alimentar no Brasil



ANA MARIA SEGALL CORRÊA

PROFESSORA ASSOCIADA EM EPIDEMIOLOGIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL-FCM-UNICAMP

Antecedentes

Resolução da segunda Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional promovida pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, em 2004(1) definiu a segurança alimentar como

“o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”.

Esse conceito amplia as concepções internacionalmente reconhecidas, agregando dimensões à segurança alimentar (SA) que tornam ainda mais complexos os intentos de mensurar seus determinantes, identificar indivíduos ou grupos populacionais vulneráveis a algum grau de deficiência

de acesso quantitativo e qualitativo aos alimentos, analisar seus efeitos sobre o bem-estar das pessoas, e ainda, avaliar o progresso e impacto das políticas públicas(2). Associada a essa complexidade está a exigência de métodos de medida que possam produzir informações desagregadas que, além de mostrarem as desigualdades regionais e estaduais, exponham as vulnerabilidades das populações locais e apontem prontamente mudanças que venham a ocorrer.

O objetivo deste Capítulo é o de descrever o caminho percorrido por uma investigação de natureza acadêmica até alcançar o seu *status* de um instrumento das políticas públicas de combate à insegurança alimentar e fome no Brasil. Buscará também apontar, nesse transcurso, os resultados que possibilitaram analisar a situação de insegurança alimentar (IA) observada como de expressiva magnitude na população brasileira, bem como avaliar a sua evolução ao longo dessa década.

Estudo de Validação e Teste

Em Janeiro de 2003, por ocasião do lançamento da política do programa Fome Zero (FZ), um grupo de pesquisadores reunidos na Unicamp discutiu a pertinência e a viabilidade de validar para a realidade brasileira uma escala, já existente(3), de medida de segurança alimentar a partir da experiência dessa condição vivida por indivíduos e suas famílias. Essa proposta decorreu da constatação que o programa FZ tinha importante deficiência quanto a definição de métodos para o diagnóstico das populações vulneráveis à IA e mais ainda quanto a indicadores de acompanhamento e avaliação. O projeto do FZ referia basicamente os indicadores indiretos que permitiam estimar a população vulnerável, entre eles o rendimento familiar, usado como critério de elegibilidade aos programas. Compreende-se que naquele momento político, e analisando a amplitude e diversidade de ações do FZ, as questões técnicas ligadas à avaliação pudessem constituir preocupação secundária dos seus autores, o que abria campo para a participação de setores da academia.

Foi nesse contexto e ainda nos primeiros meses de 2003, que foi planejado um projeto multicêntrico, com o apoio do

Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde (OPS-Brasil), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Fundo de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), e que deu origem à Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA), com participação em todas as suas fases de cinco instituições de pesquisa: UNICAMP (coordenação), UNB, UFPB, UFMT e INPA, além de pesquisador da Universidade de Connecticut (4). A EBIA teve sua origem na HHFSSM (*Household Food Security Scale Measurement*), escala usada há mais de uma década nos Estados Unidos da América e com várias experiências de adaptação e validação em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento(5, 6).

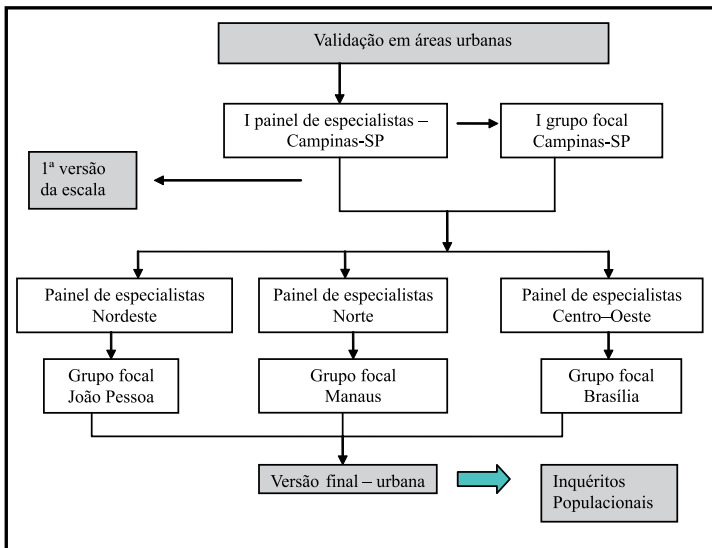
No Brasil a investigação para o desenvolvimento da EBIA(4, 7) seguiu em uma primeira etapa, métodos qualitativos, visando validar conceitos relativos à segurança alimentar e conteúdos adaptados da escala original (HHFSSM), validade de face e conteúdo, inicialmente com grupos de especialistas em nutrição e gestores das políticas de SA e, em seguida, com representantes de comunidades rurais e urbanas organizados em grupos focais. Estes últimos foram escolhidos e convidados a participar por profissionais de Unidades Básicas de Saúde, de cada uma das localidades, por ser conhecida a sua experiência com situação de insegurança alimentar ou fome. A segunda etapa quantitativa do processo de validação da EBIA se deu com a realização de inquéritos, com amostras intencionais da população de capitais e áreas rurais de 4 regiões do Brasil, Norte, Nordeste Centro Oeste e Sudeste. Buscou-se com essas escolhas contemplar a diversidade social e de hábitos culturais, especialmente alimentares, que são observadas no Brasil e obter a validade externa, preditiva, dos itens da escala (4, 7).

O quadro 1 mostra todos os procedimentos da investigação em suas diversas etapas e locais urbanos ilustrando o esforço para captar o conhecimento acumulado de pesquisadores de várias instituições de pesquisa e localidades do país e a experiência de convivência com a insegurança alimentar e fome expressa por pessoas que participaram dos grupos focais. Os mesmos passos foram seguidos para a validação da EBIA em áreas rurais.

Buscava-se desta forma, com o estudo em localidades urbanas e rurais avaliar a possibilidade de termos, no Brasil, apesar de toda a sua diversidade, uma única escala de medida direta da percepção e experiência de insegurança alimentar, com alta validade interna e externa. É importante registrar que todas as atividades desenvolvidas, tanto nos seus aspectos qualitativos quanto quantitativos, foram acompanhadas por avaliadores externos reunidos em 2 oficinas organizadas por profissionais da organização Pan-Americana da Saúde e realizadas nas dependências de sua sede em Brasília.

Quadro 1

Procedimentos e passos seguidos para a validação da escala de medida da experiência de insegurança alimentar domiciliar, em 4 macroregiões do Brasil



Adaptado de: Segall Corrêa, A. M.; Panigassi, G.; Sampaio, M. F. A.; Marin, L.; Perez-Escamilla, R. Validação de instrumentos de mensuração da insegurança alimentar e fome, no contexto das políticas brasileiras de combate à fome: Brasil 2003-2004; Perspectiva em Nutrição Humana, V2; p89-102, 2007.

A estrutura da EBIA com suas 15 perguntas, cuja síntese está no quadro 2, constitui agrupamentos conceituais que permitem estimar as prevalências de segurança alimentar e classificar os domicílios em quatro níveis, aqueles com Segurança Alimentar, em Insegurança Alimentar Leve, ou Moderada ou Grave.

Quadro 2

Síntese dos itens que compõem a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

1	preocupação de que a comida acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida.
2	a comida acabou antes que tivesse dinheiro para comprar mais.
3	ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada
4	dispõe de alguns tipos de alimentos para alimentar os moradores menores 18 anos
5	adulto diminuiu a quantidade de alimentos ou pulou refeições por falta de dinheiro para comprar comida
6	comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida
7	entrevistada sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida
8	entrevistada perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida
9	adulto ficou, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, por falta de dinheiro
10	não pode oferecer a morador menor de 18 anos, alimentação saudável e variada, por falta de dinheiro
11	algum morador menor de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, por falta de dinheiro
12	diminuiu a quantidade de alimentos morador menor de 18 anos por falta de dinheiro
13	morador menor de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, por falta de dinheiro comprar a comida
14	morador menor de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida
15	algum morador menor de 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro, por falta de dinheiro

Todas as perguntas se referem aos três meses que antecederam a entrevista. Cada item respondido afirmativamente é seguido de alternativas de frequências: “em quase todos os dias”, “em alguns dias”, “em apenas um ou dois dias” e “não sabe” ou “recusa responder”, exceto a pergunta 8 sobre a quantidade de peso perdido cujas opções de respostas foram: muita, média, pouca e não sabe.

Embora a EBIA tenha sido originada de outra escala elaborada em contexto sócio-cultural distinto, o processo de investigação realizado, no Brasil, possibilitou incorporar à escala as especificidades e diversidades nacionais, mesmo assim, resultando em único instrumento de medida, aplicável à população brasileira, seja ela rural ou urbana. A EBIA é um instrumento de medida de alta validade interna e externa como ficou demonstrado com o uso de diferentes e sofisticados procedimentos analíticos (4, 8).

Usos da EBIA

Terminada o processo de validação a EBIA foi usada como instrumento de diagnóstico da insegurança alimentar em dois inquéritos, ainda em 2004, um de abrangência e representatividade populacional na cidade de Campinas (9) e outro em Brasília, que investigou a SA em famílias com crianças menores de 6 anos de idade que demandavam os postos de vacinação, em dia nacional de imunização(10). Esses inquéritos populacionais confirmaram a validade da EBIA e mostraram os primeiros resultados em grande população. Foram encontrados valores de prevalência muito próximos e condizentes com as semelhanças socioeconômicas observadas nas duas Cidades.

A partir daí, a EBIA passou a ser considerada como um instrumento importante de geração de indicadores diretos de medida domiciliar da segurança alimentar, relevante para o monitoramento da IA na população, para avaliação dos efeitos das políticas públicas setoriais de combate à insegurança alimentar, e de eventos sociais ou econômicos geradores de impacto no acesso da população aos alimentos.

No final de 2003, a equipe que coordenou a validação da EBIA foi convidada pelo Ministério do Desenvolvimento Social a integrar o grupo que preparava a incorporação da EBIA no módulo de segurança alimentar da PNAD2004. Isso proporcionou o primeiro diagnóstico, no Brasil, de segurança e insegurança alimentar domiciliar, com abrangência nacional (11). Os resultados mostraram que àquela ocasião cerca de 40% da população brasileira convivia com algum grau de restrição alimentar, 18% tinham IA Leve, 14,1% IA moderada, outros 7,7% tinham IA Grave, correspondendo este último a aproximadamente 14 milhões de brasileiros convivendo com a situação de fome com alguma frequência, nos três meses que antecederam a pesquisa do IBGE. Essa situação estava presente em 6,5% dos domicílios do país.

Vários outros inquéritos populacionais ou estudos específicos foram realizados, em várias regiões do país nos anos seguintes (12-15), por solicitação de gestores municipais dos programas sociais ou por interesses acadêmicos. Foi constituída a Rede Alimenta-Rede Inter-institucional e multidisciplinar de investigadores em Segurança Alimentar, que desenvolvem estudos de validação em grupos específicos, como os indígenas e outras populações que vivem à margem da sociedade nacional, e aprimoram indicadores complementares à escala para análise de outras dimensões da segurança alimentar não abrangidas pela EBIA.

Em 2006, a pesquisa nacional de demografia e saúde também foi acrescida de um módulo sobre segurança alimentar, sendo a EBIA seu componente principal(16). As análises resultantes e relativas aos domicílios nos quais residia pelo menos uma mulher em idade fértil mostraram que a magnitude da insegurança alimentar ainda é grande no Brasil. É de 9,7% a prevalência de domicílios com moradores experimentando insegurança alimentar moderada (restrição quantitativa de alimentos entre os adultos) e 4,8% de insegurança grave; nesse caso, a restrição alimentar atingia também as crianças desses domicílios. Apesar disso, houve melhora significativa comparando 2006 e 2004. Em 2004, incluindo na análise apenas os domicílios com mulheres em idade fértil, a proporção de insegurança alimentar moderada era 12,9% e de

grave 6,6%, havendo, portanto, em 2 anos, melhora significativa no acesso das famílias aos alimentos.

Os resultados aqui apresentados mostram que a EBIA é reconhecida como um instrumento relevante de apoio às políticas de combate à fome no Brasil e ainda mais, que o processo de seu desenvolvimento constitui exemplo de parceria bem sucedida entre a academia e as políticas públicas do país.

Referências

1. BRASIL-CONSEA. Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional. In: CONSEA, editor. II *Conferência Nacional de Olinda*; 2004; Olinda, Pe, Brasil; 2004. p. 81.
2. Kepple A, Segall-Corrêa A. Conceituando e Medindo Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência & Saúde Coletiva* (Online) 2008 Agosto [cited 2008 Agosto, 2008]; 11- 19]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1511
3. Bickel G. *Guide to Measuring Household Food Security in the United States. Food and Nutrition Service* 2000 [cited agosto 2008]; Disponível em: www.ers.usda.gov/publications/fanrr11-1/fanrr11_1b.pdf
4. Ana Maria Segall-Corrêa, Rafael Perez-Escamilla, Letícia Marin-Leon, Lucia Yuyama, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Denise Coitinho, et al. Evaluation of household food insecurity in Brazil: validity assessment in diverse sociocultural settings. In: *FAO-Iniciativa America Latina e Caribe Sin Hambre*, editor. Concurso RedSan 2007. 1ª ed. Santiago-Chile: Oficina Regional FAO-Chile; 2009. p. 325.
5. Radimer K, Olson C, Greene J, Campbell C, Habicht J-P. Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. *J Nutr Educ* 1992;24 Suppl:36-45.
6. Pérez-Escamilla R, Randolph S, Hathie I, Gaye I. Adaptation and validation of the USDA food security scale in rural Senegal. *FASEB J* 2004;18(106 A abstract # 104.1).

7. Pérez-ESCAMILLA R, SEGALL-CORRÊA AM, MARANHA LK, SAMPAIO MFA, MARÍN L, PANIGASSI G. An Adapted Version of the US Department of Agriculture Food Insecure Module Is a Valid Tool for Assessing Food Insecurity in Campinas, Brasil. *Journal of Nutrition* 2004;134:1923 – 1928.
8. Melgar-Qinonez H, Nord M, Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM. Psychometric properties of a modified US-household food security survey module in Campinas, Brazil. *European Journal of Clinical Nutrition* 2007;1:245 – 257.
9. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MdFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24:2376-2384.
10. Leão M. *Segurança Alimentar e Risco de Sobrepeso e Obesidade em famílias de crianças menores de 6 anos-*. Brasília: UNB; 2005.
11. IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Suplemento de Segurança Alimentar*. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
12. Vianna RpdT, Segall-Corrêa AM. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. *Revista de Nutrição* 2008;21:111s-122s.
13. Salles-Costa R, Pereira RA, Vasconcellos MTLd, Veiga GVd, Martins VMrd, Jardim BC, et al. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista de Nutrição* 2008;21:99s-109s.
14. Fávaro T, Ribas D, Zorzatto J, Segall-Corrêa A, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23:785-793.
15. Segall-Corrêa AM, Panigassi G, Sampaio M, Marin-León L, Pérez-Escamilla R. Validación de instrumento de medida de la inseguridad alimentaria y hambre, em el contexto de las políticas brasileñas de combate el hambre. *Perspectivas en Nutrición Humana* 2007;2:p.89 – 102.
16. Segall-Corrêa AM, Leticia Leon-Marin, Giseli Panigassi, Rafael Perez-Escamilla. Segurança Alimentar em Domicílio. In: Elza Berquó, Sandra Garcia, Tânia Lago, editors. *Relatório Final – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS* 2006. Brasília: Ministério da Saúde, M S; 2008, prelo. p. 306.