

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA 'JÚLIO DE MESQUITA FILHO'
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA CAROLINA MIANO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA TRIAGEM PARA RISCO DE
INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA) EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
BOTUCATU**

BOTUCATU

2024

ANA CAROLINA MIANO

Análise da implementação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) em Unidade de Saúde da Família de Botucatu

Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina (FMB), Botucatu, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa Dra Maria Rita Marques de Oliveira

BOTUCATU

2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Miano, Ana Carolina.

Análise da implementação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) em Unidade de Saúde da Família de Botucatu / Ana Carolina Miano. - Botucatu, 2024

Trabalho acadêmico (residência - Residência Multiprofissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Rita Marques de Oliveira

Capes: 40602001

1. Triagem. 2. Segurança alimentar. 3. Família - Saúde e higiene. 4. Agentes comunitários de saúde.

Palavras-chave: Agente comunitária de saúde; Segurança alimentar; Triagem; Unidade de Saúde da Família.

ANA CAROLINA MIANO

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA TRIAGEM PARA RISCO DE
INSEGURANÇA ALIMENTAR (TRIA) EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
BOTUCATU**

Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) apresentado à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina (FMB), Botucatu, para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde Pública

Data da defesa: 23/02/2024

Banca examinadora:

Profa Dra. Maria Rita Marques de Oliveira
UNESP - Universidade Estadual Paulista – Campus de Botucatu

Profa Dra. Estela Maria Barim
UNESP - Universidade Estadual Paulista – Campus de Botucatu

Profa Ma. Mariele Colleti Coral Batista
UniBR - Universidade de Botucatu
Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Botucatu

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, a minha fé e perseverança, que me permitiram seguir firmes ao longo desta jornada; aos meus pais por toda dedicação e investimento na minha educação desde pequena, compreendendo a importância dos estudos e incentivando meus sonhos em todas as etapas da minha vida; estendo também os agradecimentos a todos os meus familiares (avós, avô, tias, tios, primos e primas-irmãs) e a uma das minhas melhores amigas de Bauru, Juliana, por todo suporte emocional e material ao longo destes anos. Aos meus amigos da época da graduação, que permaneceram ou não em Botucatu (Arthur, Leonardo, Eduardo, Amauri, André, Tatiana, Pietra, Jennefer, Ketlin, Gabriel) tornando-se lar, ponto de apoio e amparo em momentos de angústia mediante as dificuldades; sem deixar de mencionar as residentes em Saúde da Família, e uma em especial do Programa Multiprofissional em Saúde Mental (Aline), que me acompanharam ao longo destes dois anos, tornando o caminhar mais leve ao compartilhar os anseios e fardos experienciados nas 60 horas/semanais, destacando as residentes que permaneceram comigo na Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitoriana, Janaína e Nayara, por todo o carinho, amor e apoio mútuo. Dedico também os agradecimentos às minhas “R+” nutricionistas (Camila e Vanessa) pelas trocas de experiências, incentivos e ensinamentos, além das(os) professoras(es), preceptoras, tutora e coordenadora do Programa, sem deixar de mencionar minha orientadora do projeto de conclusão da residência, por participarem do meu processo de formação profissional, guiando meu aprendizado. Por último, porém não menos importante, agradeço a equipe da Estratégia de Saúde da Família de Vitoriana e a todos os pacientes, nos mais diversos campos de atuação, pelo impacto e contribuição na minha formação pessoal e profissional, dedicando um agradecimento especial a todas as Agentes Comunitárias de Saúde da USF Vitoriana - em nome da ACS Fernanda - e a enfermeira gestora Nathália, por facilitarem e contribuírem ativamente para a realização deste trabalho.

À instituição da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista por facilitar os meios para realização da tão almejada e sonhada Residência em Saúde da Família.

“O maior espetáculo do pobre da atualidade
é comer”

(Carolina Maria de Jesus)

RESUMO

A insegurança alimentar diz respeito à falta de acesso à alimentação adequada tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo. Em 2022 os níveis de insegurança alimentar no país atingiram altos índices; tendo em vista este panorama, o Ministério da Saúde apresenta no mesmo ano o modelo de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) com aplicação na Atenção Primária à Saúde, visando a ágil identificação das famílias em insegurança alimentar. O estudo objetivou compreender a viabilidade da implementação da triagem para risco de insegurança alimentar em uma Unidade de Saúde da Família do município de Botucatu, interior de São Paulo, através das visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). O estudo utilizou a metodologia de pesquisa participante com abordagem qualitativa, propositiva e avaliativa. Para implementação do processo de triagem na Unidade foi construído um fluxograma e as Agentes capacitadas para o processo; após determinado período de triagem o grupo focal composto por ACS da Unidade foi entrevistado. Dentre os resultados, a falta de seguimento do fluxograma proposto apresentou-se como um entrave na condução dos usuários dentro da rede, além disso, seguindo a metodologia proposta por Bardin para análise de conteúdo, três categorias foram identificadas no discurso das ACS: 1) Alimentos suficientes, mas será que adequados? 2) Uma ferramenta muito simples para uma atribuição bem recebida; 3) O alimento como um direito nem tão bem compreendido. Conclui-se que a TRIA possui viabilidade de inclusão na rotina da Unidade ainda que sejam necessários mais estudos em cenário real para adequação e aperfeiçoamento do instrumento, sem contar com os ajustes do fluxograma que devem ser adaptados à realidade do local, bem como a realização de capacitação da equipe de saúde e apropriado apoio da gestão para implementação da triagem no território.

Palavras-chave: Triagem; Segurança Alimentar; Unidade de Saúde da Família; Agente Comunitária de Saúde.

ABSTRACT

Food insecurity is defined as the lack of access to adequate food from both a qualitative and quantitative perspective. In 2022, food insecurity levels in the country reached high levels; in view of this panorama, in the same year the Ministry of Health presented the Triage for Food Insecurity Risk (TRIA) model with application in Primary Health Care, aiming the rapid identification of families experiencing food insecurity. The study focused on understand the feasibility of implementing screening for the risk of food insecurity in a Family Health Unit in the city of Botucatu, in the interior of São Paulo, through home visits by Community Health Agents (ACS). The study used the participatory research methodology with a qualitative, propositional and evaluative approach. To implement the screening process in the Unit, a flowchart was created and the Agents were trained for the process; After a certain screening period, the focus group composed of ACS from the Unit was interviewed. Among the results, the lack of following the proposed flowchart presented itself as an obstacle in guiding users within the network. Furthermore, following the methodology proposed by Bardin for content analysis, three categories were identified in the ACS speech: 1) Sufficient food, but is it adequate? 2) A very simple tool for a well-received assignment; 3) Food as a right that is not well understood. It concludes that TRIA is viable for inclusion in the Unit's routine, although more studies are needed in a real scenario to adapt and improve the instrument, not counting the flowchart adjustments that must be adapted to the reality of the location, as well as carrying out training of the health team and appropriate management support for implementing screening in the territory.

Keywords: Screening; Food Insecurity; Family Health Unit; Community Health Agent.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP.....**29**

Figura 2 – Caderno para suporte ao encaminhamento dos pacientes em risco de insegurança alimentar avaliados pelo instrumento de TRIA, à nutricionista do NASF.....**32**

Figura 3 - Divisão das sessões do caderno de encaminhamento dos pacientes em IA para avaliação da nutricionista do NASF.....**32**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente(s) Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
ELCSA	Escala Latino-americana e Caribenha de Segurança Alimentar
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Food Insecurity Experience Scale
IA	Insegurança Alimentar
IAG	Insegurança Alimentar Grave
IAL	Insegurança Alimentar Leve
IAM	Insegurança Alimentar Moderada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PBF	Programa Bolsa Família
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
SAN/SA	Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido
TRIA	Triagem para Risco de Insegurança Alimentar
UAF	Unidade de Atendimento às Famílias
USF	Unidade de Saúde da Família
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
VIGISAN	Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil
VPN	Valor Preditivo Negativo
VPP	Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

1 Introdução.....	12
1.1 Escalas e instrumentos de triagem de Insegurança Alimentar.....	12
1.2 Fome no Brasil e no Mundo.....	15
1.3 Estratégias brasileiras para combate à fome.....	17
1.3.1 Bolsa Família.....	17
1.3.2 Programa de Aquisição de Alimentos (PAA).....	18
1.3.3 Restaurantes Populares, Banco de Alimentos.....	19
1.3.4 Programa Viva Leite.....	20
1.3.5 Plano Brasil Sem Fome.....	21
1.4 Estratégia de Saúde da Família e o trabalho das(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde.....	22
2 Objetivo.....	23
3 Métodos.....	23
4 Resultados e Discussão.....	28
5 Considerações e Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas.....	51
ANEXO 1	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
ANEXO 2	
Ficha de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP.....	65
ANEXO 3	
Carta de convocação para consulta após aplicação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP.....	66
ANEXO 4	
Carta de encaminhamento dos pacientes para Unidade de Atendimento às Famílias (UAF) após aplicação da TRIA da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP.....	67
ANEXO 5	
Novo fluxograma de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) proposto para Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP.....	68

1 Introdução

No Brasil a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) se caracteriza pelo direito de acesso a uma alimentação saudável e regular, sem que a garantia deste direito afete outras necessidades do indivíduo, respeitando a cultura e a soberania de um povo frente a sua produção, sendo ambientalmente e sócio-economicamente sustentável (Brasil, 2006a). Já a Insegurança Alimentar (IA) diz respeito à falta de acesso à alimentação adequada tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo, expressando a fome, um fenômeno político e econômico fruto da ação humana (Castro, 1984).

Existem três níveis de insegurança alimentar: a insegurança alimentar leve, a insegurança alimentar moderada e a insegurança alimentar grave (Brasil, 2014a). A insegurança alimentar leve (IAL) representa a incerteza em relação ao acesso de alimentos adequados quanti e qualitativamente; enquanto a insegurança alimentar moderada (IAM) se refere a redução qualitativa da alimentação podendo estar associada a redução quantitativa dos alimentos, principalmente entre os adultos que residem no domicílio; já a insegurança alimentar grave (IAG) diz respeito a redução quanti e qualitativa dos alimentos entre adultos e crianças do domicílio, configurando a privação de alimentos e a experiência da fome (Brasil, 2014a).

1.1 Escalas e instrumentos de triagem de Insegurança Alimentar

Desde 2004 o governo brasileiro adotou uma escala psicométrica para avaliar a percepção e a experiência da fome sendo este instrumento denominado Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), capaz de dimensionar o nível de (In)Segurança Alimentar de uma população (Brasil, 2010a). Tal escala, adaptada do Indicador Cornell - instrumento utilizado nos Estados Unidos com objetivo de compreender o processo social da fome -; foi validada para o contexto brasileiro sendo composta inicialmente de um questionário com quinze perguntas, passando a contar posteriormente com quatorze questões, e utilizando como base do questionário os últimos três meses (Brasil, 2014a). Já no ano de 2021 o Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia de Covid-19 no Brasil apresentou uma versão da EBIA contendo oito questões, adotada pelo referido estudo populacional (Rede PENSSAN, 2021).

Por meio do bem sucedido processo de adaptação da escala brasileira de insegurança alimentar, assim como de outros países da América Latina, surge em 2007 a Escala Latino-americana e Caribenha de Segurança Alimentar (ELCSA), contendo 15 questões referentes aos últimos três meses, similar à EBIA. A ELCSA possibilitou que países latino-americanos e caribenhos desfrutassem de um modelo mais compatível com a realidade da população do que o indicador americano, servindo ainda de instrumento para comparação da situação de segurança alimentar entre os países da região auxiliando no processo de formulação de políticas públicas (Sperandio; Morais & Priore, 2018).

A partir deste movimento de construção da ELCSA, a FAO - Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, através do *Voices of the Hungry*, uniu esforços para investigar os níveis de segurança alimentar a nível global desenvolvendo uma escala que pudesse ser utilizada mundialmente, facilitando deste modo a comparação das taxas de prevalência de insegurança alimentar entre os países, sendo utilizado como indicador para o segundo Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) denominado Fome Zero (FAO, 2023).

Surge assim em 2013 a Escala de Experiência em Insegurança Alimentar (FIES - *Food Insecurity Experience Scale*) composta por um questionário de 8 perguntas referentes aos últimos doze meses, abordando comportamentos e experiências auto-relatadas com a alimentação e as possíveis dificuldades ao seu acesso (FAO, 2023). A FIES também permite os três níveis de classificação em insegurança alimentar, no entanto, não há compatibilidade entre o indicador global e a escala nacional para o nível de insegurança alimentar leve; deste modo a Organização das Nações Unidas (ONU) divulga apenas dados para os níveis moderado e grave da IA no Brasil (Brasil, 2010a).

Com o intuito de maximizar as ações de vigilância em segurança alimentar, no ano de 2010 nos Estados Unidos, foi proposta ainda a utilização de um instrumento de triagem para identificação de famílias com crianças em risco de Insegurança Alimentar, utilizando como modelo a escala norte-americana. Tal instrumento de triagem, denominado Hunger Vital Sign (HVS), apresentou alta sensibilidade (97%) e especificidade (83%), sendo composto por duas questões apresentadas a seguir: 1) nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida acabaria antes de termos dinheiro para comprar mais; 2) nos últimos 12

meses, a comida que compramos simplesmente acabou e não tínhamos dinheiro para comprar mais (Hager et al., 2010).

No país pesquisa semelhante se deu por Poblacion et al. (2021) a fim de desenvolver e validar um instrumento brasileiro para identificação de famílias, com a presença de crianças menores de cinco anos, em risco de IA; tendo como referência a EBIA de 14 itens, o instrumento de rastreio utilizou a segunda e a quarta questão da Escala Brasileira apresentando também alta especificidade (92,9%) e sensibilidade (79,3%).

As perguntas incluídas no instrumento brasileiro, denominado Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), foram as seguintes: 1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?; 2) Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? (Poblacion et al, 2021).

Outro estudo com o intuito de avaliar a reprodutibilidade da TRIA em domicílios em risco de insegurança alimentar contemplando os mais diversos estratos da população, assim como as cinco regiões do país, foi realizado em 2021 a fim de analisar sua viabilidade e adequação para implantação nos serviços em território brasileiro. Utilizando dados da PNAD de 2013 o estudo repete os procedimentos adotados por Poblacion et al. com o intuito de avaliar se a especificidade, sensibilidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) serão os mesmos encontrados pelos autores que validaram o instrumento (Carvalho et al., 2022).

A sensibilidade do instrumento se dá pela capacidade de identificar com precisão os domicílios com insegurança alimentar moderada/grave (IAM/G); já a especificidade mede a capacidade de identificação de domicílios em segurança alimentar (SA) ou insegurança alimentar leve (IAL). Enquanto o VPP indica a proporção de famílias identificadas com IAM/G pelo instrumento e que estão vivenciando esta situação; e o VPN, a proporção das famílias não identificadas com IAM/G e que realmente não vivem essa condição (Fillho & Rouquayrol, 2006). Segundo um dos estudos, a TRIA demonstrou bons resultados de sensibilidade ($\geq 86\%$), especificidade ($\geq 87\%$), VPP ($\geq 62\%$) e VPN ($\geq 97\%$) (Carvalho et al., 2022).

Desta forma, a TRIA apresenta uma boa capacidade de identificar famílias sob o risco de insegurança alimentar moderada e grave, principalmente entre os

grupos mais vulneráveis. Mostrando-se um instrumento de triagem eficaz para progressão da vigilância em segurança alimentar e melhora do tempo de resposta de intervenção, a fim de prevenir as consequências de insegurança alimentar, fornecendo ainda substrato para implantação de políticas públicas envolvendo a temática (Carvalho et al., 2022).

Endossando a recomendação dos pesquisadores, o Ministério da Saúde lança em 2022 um instrutivo para identificação de famílias em insegurança alimentar na Atenção Primária à Saúde (APS), assim como a organização da rede para melhor atender este grupo populacional. O documento apresenta o modelo de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA), sendo recomendada a sua utilização quando a EBIA não puder ser aplicada, seja por falta de tempo, restrições financeiras ou demais impeditivos (Brasil, 2022).

1.2 Fome no Brasil e no Mundo

Dimensionando a fome a partir dos instrumentos citados anteriormente, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2004, utilizando a EBIA, mostram que os níveis de Segurança Alimentar no Brasil eram de 65,1%, em contrapartida 34,9% das famílias encontravam-se em situação de IA, sendo que destas, 7% apresentavam insegurança alimentar grave. No ano de 2009 há indícios de queda dos níveis de insegurança alimentar nos domicílios brasileiros, atingindo um percentual de 30,2%, sendo que 5% destas famílias estavam em insegurança alimentar grave (Tavares, 2021; Hoffman, 2021).

O ano de 2013 continuou apresentando avanços na garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira, atingindo 77,4% dos cidadãos, enquanto a insegurança alimentar representa neste momento 22,6% (Brasil, 2014b). A EBIA passa também a integrar o questionário de avaliação das condições de vida da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2017-2018; e os resultados mostram uma redução significativa dos domicílios em segurança alimentar e nutricional, com números inferiores aos encontrados na PNAD de 2004, 63,3% dos domicílios em segurança alimentar e praticamente um terço em IA (36,7%), destes 8,1% encontravam-se em insegurança alimentar moderada e 4,6% em insegurança alimentar grave (IBGE, 2020).

Dados recentes apurados no Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (VIGISAN) organizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN) no ano de 2021, apontam para agravamento no quadro de IA. O inquérito também fez uso da EBIA, porém, em sua versão reduzida com 8 questões, tendo ainda como base os últimos três meses. Os resultados apontam que menos da metade dos domicílios estavam em Segurança Alimentar (44,8%), ou seja, 55,2% encontrava-se em IA, deste 9% estavam em insegurança alimentar grave (Rede PENSSAN, 2021).

Em 2022 o II VIGISAN foi apresentado, ofertando dados de (in)segurança alimentar no nível estadual, com o objetivo de aprimorar o monitoramento e fortalecer o processo de política pública dos governos estaduais no combate à fome. Os resultados no nível nacional apontam que 41,3% da população está sob segurança alimentar e nutricional, enquanto 58,7% está sob algum nível de IA; com 15,5% dos brasileiros em insegurança alimentar grave. Enquanto isso, o estado de São Paulo apresenta resultados muito similares aos do Brasil (Rede PENSSAN, 2022). É importante ressaltar que em nenhuma das pesquisas foi realizada avaliação de segurança alimentar por unidade federativa, impossibilitando a avaliação dos gestores municipais.

Comparando os dados e ampliando o panorama da fome para a América Latina e Caribe, observa-se em 2022 uma melhora na garantia do direito humano à alimentação adequada em relação ao ano anterior, porém com taxas abaixo do esperado para atingir as metas da Agenda de 2030, indicando prevalência da insegurança alimentar na região. Segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2022, 37,5% da população do território estava em situação de insegurança alimentar moderada ou grave, apresentando redução da prevalência, de 40,3% no ano de 2021; no entanto, os valores continuaram superiores aos encontrados antes da pandemia de Covid-19 (FAO et al, 2023).

Outro dado interessante, presente no relatório do Panorama Regional de Segurança Alimentar e Nutrição para a América Latina e o Caribe 2023, diz respeito ao custo médio diário por pessoa para aquisição de uma alimentação saudável, na América Latina e Caribe este valor chega a 4,08 dólares, enquanto a média global é de 3,66 dólares, em números concretos, tal informação representa que 133,4 milhões de pessoas não possuem acesso a uma alimentação adequada (FAO et al,

2023).

Globalmente os índices de insegurança alimentar também geram preocupação, com um aumento de aproximadamente 46 milhões de indivíduos afetados pela fome em comparação ao ano anterior, em 2021 cerca de 2,3 bilhões (29,3%) de pessoas estavam em insegurança alimentar moderada ou grave de acordo com último relatório da ONU, e 924 milhões (11,7%) apresentavam a insegurança alimentar grave (FAO et al, 2022). Concluindo-se que os índices de insegurança alimentar brasileiros são mais agravantes dentre a região ao qual pertence e também dentre os indicadores globais.

1.3 Estratégias brasileiras para combate à fome

A fim de mitigar a situação de insegurança alimentar no país, o governo federal tem proposto e executado diversas ações. A seguir são apresentadas algumas das estratégias para o combate à fome no Brasil.

1.3.1 Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) é conhecido como uma das mais bem sucedidas estratégias na garantia de acesso ao alimento, com impactos positivos bem descritos na literatura (Baptistella, 2012; Martins, 2013; Daufenback & Ribas, 2015 apud Guimarães & Silva, 2020.). Implantado no ano de 2004 no Brasil, o programa surge de uma reestruturação do Programa Fome Zero lançado no ano anterior, uma ação intimamente ligada à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e com atuação expressiva do Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA). Com a reforma do ministério no ano de 2004, o antigo Cartão Alimentação do Programa Fome Zero, considerado um plano de acesso aos alimentos, transforma-se em um programa de transferência de renda visando o combate à pobreza (Aranha, 2010).

A renda é considerada um dos principais fatores no acesso aos alimentos, por isso o PBF é extremamente importante para a melhoria da situação de (in) segurança alimentar das famílias no Brasil, entretanto, o programa não supre todas as esferas que englobam o direito humano à alimentação adequada (Aranha, 2010). O Programa Bolsa Família foi inserido no I Plano Nacional de Segurança Alimentar

e Nutricional (I Plansan 2012-2015), a fim de promover a Política Nacional de SAN, atuando na primeira diretriz “Promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável”, em conjunto com outros dois programas de grande importância para alimentação no país: o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) (Guimarães & Silva, 2020).

Reconhecido por sua ação intersetorial, principalmente com a saúde e educação o PBF foi revogado em 2021, após 18 anos de sua implantação, passando a valer o Auxílio Brasil, um novo programa de transferência de renda; no entanto, em março de 2023 com o retorno do governo Lula, o programa é retomado com todos os conceitos e instrumentos que o fundamentaram ao longo dessa trajetória de combate à fome, completando vinte anos de história do maior programa de transferência de renda do país (Brasil, 2021a; Brasil, 2023a).

1.3.2 Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)

Englobando as políticas do antigo Programa Fome Zero, surge também em 2003 o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) visando o desenvolvimento rural e o consumo de uma alimentação saudável; além disso, o programa também objetiva a preservação ambiental e a promoção de sistemas alimentares sustentáveis, por meio da valorização da produção orgânica e agroecológica e do fomento de cadeias curtas de comercialização (Sambuichi et al., 2019).

Atuando em seis diferentes modalidades, o PAA apresenta como principal forma de atuação a Compra com Doação Simultânea (CDS), que compra diretamente do produtor da agricultura familiar, os alimentos que serão doados às famílias em insegurança alimentar assistidas pela rede socioassistencial (equipamentos de segurança alimentar como banco de alimentos e restaurantes populares; rede de ensino, instituições filantrópicas, entre outras) (Porto et al., 2013).

Entre os principais benefícios do PAA relacionados à promoção da SAN, encontram-se o estímulo ao consumo de frutas, verduras e legumes, levando a uma reeducação dos hábitos alimentares tanto das famílias beneficiárias, quanto das famílias dos produtores, aumentando desta forma o consumo de alimentos in natura preconizados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira; além de incentivar a

soberania alimentar, promovendo a culinária regional com a circulação de alimentos produzidos na região; havendo ainda melhora na biodiversidade com a produção diversificada de alimentos que a agricultura familiar fornece (Sambuichi et al., 2022).

Após quatorze anos de execução o Programa sofre redução orçamentária no período de 2018 a 2019 atingindo índices baixos de produção, no entanto, em 2020 o PAA é reconhecido por suas ações no combate à insegurança alimentar durante a crise epidemiológica de Covid-19, recebendo um recurso extra. Porém, sob nova gestão política em 2021 PAA é substituído pelo Programa Alimenta Brasil, mantendo grande parte das modalidades excluindo a de Aquisição de Sementes que garantia acesso de insumo aos agricultores em vulnerabilidade (Sambuichi et al., 2020; Brasil, 2021a).

Em 2023 o governo Lula retoma o Programa de Aquisição de Alimentos com maior repasse no valor individual aos agricultores, facilitando e priorizando a compra de agricultoras do gênero feminino e também das comunidades indígenas e quilombolas; ademais o controle social também é retomado através do Grupo Gestor do Programa de Aquisição de Alimentos (GGPAA); fortalecendo a agenda de políticas públicas contra a fome no país (Brasil, 2023b).

1.3.3 Restaurantes Populares, Banco de Alimentos

Dando sequência nas ações incorporadas pelo poder público para mitigar a fome da população brasileira, surge também em 2003 uma rede de Equipamentos Públicos de Alimentação e Nutrição, que engloba estruturas físicas compostas por cozinhas comunitárias, restaurantes populares e bancos de alimentos. Os Bancos de Alimentos configuram-se pela coleta de alimentos excedentes ou fora do padrão comercial proveniente de supermercados, feiras, bem como do PAA; seguido da distribuição dos insumos às instituições socioassistenciais que irão garantir uma alimentação saudável às famílias em vulnerabilidade e situação de insegurança alimentar, além de promover a redução do desperdício (Pinto, 2019).

Já os Restaurantes Populares visam o fornecimento de alimentação balanceada e saudável a um preço justo em regiões centrais e de alta densidade e concentração demográfica. O Programa de Restaurantes Populares também atua em conjunto com o Programa Banco de Alimentos, uma vez que este último fornece

substrato para preparação das refeições no restaurante (Pinto, 2019). Ambos os equipamentos públicos de segurança alimentar auxiliam as famílias beneficiadas a manter uma alimentação saudável e a direcionar boa parte da renda, antes destinada à alimentação, para promoção da qualidade de vida, com investimentos na educação e lazer, por exemplo (Brasil, 2010b).

O município de Botucatu conta com o Programa Banco de Alimentos desde 2015, sob gestão da ONG Ação da Cidadania de Botucatu, que está vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social. Além da distribuição da cesta de hortifruti, o Banco de Alimentos Lourdes Pedutti Soares Batista oferece ainda educação nutricional à população e adubo orgânico para as hortas comunitárias do município, favorecendo ainda a horta cultivada nas dependências do estabelecimento destinada à doação de alimentos (Ação da Cidadania, 2021).

Também no ano de 2015, após acordos entre governo estadual e municipal, o Restaurante Popular Bom Prato modalidade Saúde é inserido em Botucatu; tal categoria visa dar apoio às cidades pólo em assistência na área da saúde. Tendo como público alvo os usuários do hospital das Clínicas, advindos de diversos municípios da região a Unidade foi instalada no distrito de Rubião onde se localiza o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina (HCFMB), ofertando café da manhã e almoço a preços acessíveis a toda a população (Botucatu, 2015).

1.3.4 Programa Viva Leite

Outra ação de destaque é a do projeto estadual Viva Leite, inserido na década de 90 e incorporado mais tarde à Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo como parte do Programa Estadual de Alimentação e Nutrição, visando a oferta de um alimento proteico de alto valor nutritivo às crianças e aos idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e em insegurança alimentar (São Paulo, 2024). No interior de São Paulo, região a qual se insere o município de Botucatu, as famílias aptas para receber o benefício devem possuir renda per capita inferior a meio salário mínimo, devendo constar entre os membros crianças entre 6 meses até os 6 anos de idade; sendo oferecido mensalmente quinze litros de leite integral pasteurizado por beneficiário via Secretaria Estadual, acrescidos de outros

quinze litros via Secretaria Municipal de Assistência Social do município de Botucatu, beneficiando no ano de 2018 aproximadamente 960 famílias (São Paulo, 2024; Botucatu, 2018).

1.3.5 Plano Brasil Sem Fome

Em resposta aos altos índices de insegurança alimentar registrados nos últimos anos no Brasil, associado ao fato do país ter retornado ao mapa da fome, o governo federal lança em 2023 um conjunto de ações e programas denominado Plano Brasil Sem Fome, com ação intersetorial dos 24 ministérios que compõem a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). O Plano Brasil Sem Fome se divide em três eixos principais apresentados a seguir: 1) Acesso à renda, redução da pobreza e promoção da cidadania; 2) Segurança Alimentar e Nutricional: alimentação saudável da produção ao consumo; 3) Mobilização para o combate à fome (Brasil, 2023d).

Dentre as inovações surgem a implantação de um mapeamento do risco de insegurança alimentar por município através do CadÚnico; além de um monitoramento anual dos níveis de insegurança alimentar via PNAD, utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar; contando ainda com a inserção das diretrizes para um Protocolo Brasil Sem Fome propiciando a integração entre as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para melhor identificação e encaminhamento na rede das famílias em insegurança alimentar (Brasil, 2023d).

Para o Protocolo Brasil Sem Fome, o Plano apresenta algumas metas, dentre elas a capacitação dos profissionais da rede para melhor sinergia das ações ofertadas a população adstrita ao território, assim como a implantação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) nas Unidades da Atenção Primária à Saúde; com o objetivo de dar seguimento ao protocolo norteador das ações que deverão ser pactuadas e definidas para cada um dos atores envolvidos no processo, sendo apresentada ainda no ano de 2024 (Brasil, 2023d).

1.4 Estratégia de Saúde da Família e o trabalho das(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde

Tratando-se da Atenção Primária à Saúde no Brasil confere-se melhoria do acesso da população às unidades de saúde, integralidade no cuidado, resolutividade e qualidade no atendimento, à inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF). Adotada como principal modelo da APS em 2006 através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF visa expandir, qualificar e consolidar a atuação na atenção primária no país, reorganizando o processo de trabalho, pautando-se nos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica; além de ser reconhecida mundialmente como uma política bem sucedida (Brasil, 2006b; Macinko & Mendonça, 2018; Macinko & Harris, 2015).

Atrelado a sua característica de alta capilarização no território, a Estratégia Saúde da Família possui como principal diferencial o trabalho multiprofissional e a inclusão das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) na equipe, com o intuito de aproximar ainda mais o serviço de saúde da população adstrita à ESF. Implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) objetivava a melhoria dos determinantes sociais no processo de saúde-doença a partir da atuação de uma categoria profissional formada pela e para a comunidade (Fonseca & Morosini, 2021).

Dentre as principais funções exercidas pela ACS apresentam-se a educação popular em saúde; o aumento do controle social e a participação da comunidade nas atividades ofertadas pelas Unidades de Saúde; além do monitoramento/acompanhamento de grupos específicos e o diagnóstico sócio sanitário por meio das visitas domiciliares, uma das principais ferramentas de atuação desta classe profissional; caracterizando-se como um importante ator no diagnóstico de (in)segurança alimentar da população dentro do Sistema Único de Saúde (Fonseca & Morosini, 2021).

Considerando o panorama de prevalência dos índices de insegurança alimentar entre as famílias brasileiras e reconhecendo a Atenção Primária como ordenadora da rede intersetorial e porta de entrada do sistema de saúde, as Unidades que compõem a APS possuem um papel relevante no rastreamento de famílias em risco para a insegurança alimentar, favorecendo a promoção e a

garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), agilizando as intervenções, quando necessárias, através de um instrumento de triagem de fácil aplicação.

2 Objetivo

Objetivo geral: Estudar a viabilidade de inclusão da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) na agenda de uma Unidade de Saúde na Atenção Primária, envolvendo a ação das Agentes Comunitárias de Saúde no território.

Objetivos específicos:

- Estabelecer o fluxo para implementação da TRIA na Unidade de Saúde da Família (USF);
- Implementar a TRIA no território da USF;
- Avaliar a percepção das ACS da Unidade quanto à pertinência e importância da TRIA na sua rotina de trabalho.

3 Métodos

O presente estudo se caracteriza por uma metodologia de pesquisa participante com abordagem qualitativa, propositiva e avaliativa. Trata-se de um estudo de intervenção para sistematização de rotina no processo de trabalho de agentes de saúde, seguido de avaliação. Para avaliação, foi utilizado como ferramenta o grupo focal composto por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) de uma Unidade de Saúde da Família no município de Botucatu, interior de São Paulo. Para o referencial metodológico e teórico utilizou-se a pedagogia política de Paulo Freire (Freire, 1996).

Os grupos focais possuem grande relevância quando se trata da pesquisa avaliativa em saúde, principalmente na implantação de ações e/ou programas na área da saúde, valorizando a percepção e a opinião dos atores envolvidos no processo construtivo, levando em conta a complexidade e o dinamismo deste processo (Westphal, 1992; Novaes, 2000). Tal abordagem de entrevista grupal ressalta a necessidade de observação das diferentes opiniões e contextos sociais

acerca do objeto de estudo (Tanaka & Melo, 2004). Além do mais, durante a interação do grupo surgem ideais e concepções que perpassam os preceitos delineados, possibilitando novas formas de compreensão da problemática analisada (Gatti, 2005).

Para a área de estudo foram englobadas as seis microáreas pertencentes ao território da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana, sendo elas o distrito de Vitoriana e os bairros Alvorada da Barra Bonita, Rio Bonito, Porto Said e Mina; fazendo alusão tanto a área urbana quanto a área rural do município, distanciando-se do centro da cidade por pelo o menos 30 km.

Foram convidadas a participar do estudo as seis Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana, através do contato da autora do projeto que tem como área de atuação na especialização em Saúde da Família a referida Unidade. O grupo formado por tais atores teve como critério de inclusão: estar atuando na implantação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar na rotina da Unidade; estar inserido na Unidade a pelo menos seis meses, a fim de garantir conhecimento prévio do território e da micro-área referida, além de ter participado da capacitação sobre Segurança Alimentar e Nutricional ofertado pela autora do projeto como parte das atividades de educação permanente na Unidade. Para confirmação da participação no estudo foi entregue em folha impressa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para apreciação e assinatura.

O estudo foi desenvolvido em quatro fases, sendo a primeira destinada a construção do fluxograma de encaminhamento após a aplicação da ferramenta de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA); seguido da implementação do estudo com a capacitação das ACS para apresentação da temática de SAN, bem como a ferramenta de TRIA, subsequente da aplicação da triagem no território; seguindo com a avaliação do processo através da entrevista às ACS, guiada pela orientadora do projeto; finalizando com a análise dos resultados. Os procedimentos da pesquisa foram autorizados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - CEP/FMB (6.298.549).

A seguir apresenta-se a descrição detalhada de cada uma das fases do estudo:

FASE 1 - Estruturação

Construção do fluxograma de encaminhamento após aplicação do TRIA

A autora construiu um fluxograma em conjunto com a gestora da Unidade e os demais equipamentos da Rede envolvidos no processo de Segurança Alimentar e Nutricional do município de Botucatu e em especial o território da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana; tendo como modelo o fluxograma exemplificado no documento do Ministério da Saúde que apresenta a ferramenta de TRIA, realizando as devidas adaptações para a realidade local (Brasil, 2022).

Entre os principais equipamentos e agentes envolvidos no processo destacam-se: a Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitoriana, a Unidade de Atendimento às Famílias do Centro de Referência em Assistência Social (UAF-CRAS) da Região Norte, e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

FASE 2 - Implementação

Capacitação das ACS's

A capacitação foi realizada dentro da USF de Vitoriana como atividade de educação permanente da Unidade na sala das Agentes Comunitárias de Saúde, uma vez que este ambiente possui amplo espaço para acomodação das participantes. Sendo acordado com a gestora da Unidade e com as respectivas ACS's a data de aplicação da capacitação, optando-se pelo período da tarde devido menor movimentação de usuários na Unidade, contando com uma duração de aproximadamente 1 hora e meia.

A formação, inserida no processo de educação permanente, foi ministrada pela autora do estudo com a apresentação do cronograma seguido de uma dinâmica para “quebra do gelo”; sequencialmente foram lançadas algumas perguntas disparadoras descritas a seguir: “O que você entende por segurança alimentar?” e “Você sabe o que é insegurança alimentar?” para construção de mapa mental utilizando o flipboard; sendo realizada posteriormente a apresentação do conceito e os níveis de SAN assim como os equipamentos públicos de SAN do município e o instrumento de Triagem de Risco para Insegurança Alimentar; em seguida houve uma discussão acerca da realidade do território de cada uma das microáreas da USF de Vitoriana referente a segurança alimentar da população,

indicando potencialidades e fragilidades do território; para finalização da capacitação foi apresentado o fluxograma de encaminhamento após a aplicação da TRIA na comunidade.

Aplicação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar

A TRIA foi aplicada no território através das visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, sendo cada uma das Agentes responsáveis pela sua respectiva microárea, não sendo, no entanto, aplicado em toda a população do território. Para o estudo foi avaliado o período de quatro meses de aplicação da triagem após a capacitação das ACS.

As fichas para a triagem (**Anexo 2**) foram impressas e entregues às Agentes; de acordo com as respostas do questionário às ACS devem seguir os protocolos estipulados pelo fluxograma, a fim de possibilitar, quando necessário, uma melhor avaliação dos indivíduos que compõe a família ou até mesmo acionando outros equipamentos da rede para ação intersectorial, auxiliando na garantia da segurança alimentar e nutricional da família.

Os dados referentes às fichas de TRIA, ou seja, as respostas indicando aumento do risco para insegurança alimentar da população adstrita ao território, não foram analisados neste estudo, estes dados são de interesse da Unidade uma vez que o processo de triagem deverá fazer parte da rotina de trabalho das ACS.

FASE 3 - Avaliação do processo de triagem

Entrevista

Nesta etapa foi realizada uma entrevista com o grupo focal utilizando um questionário semi-estruturado para avaliação do processo de triagem no território da USF de Vitoriana. As Agentes de Saúde da USF foram convocadas para se reunirem em uma das salas disponíveis na Unidade, sendo previamente agendada; as perguntas foram conduzidas pela orientadora do projeto, que possui amplo conhecimento no assunto abordado, sem estar envolvida diretamente no processo de implantação da TRIA, permitindo desta forma uma maior liberdade de expressão das integrantes durante a entrevista, registrada em um gravador.

Antes de participar deste processo as integrantes assinaram o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo 1**), impresso e entregue às ACS.

Perguntas para entrevista:

- 1) Qual a importância desse instrumento para a comunidade na sua opinião?;
- 2) Explique se teve alguma dificuldade ou empecilho para o segmento do fluxograma após aplicação da TRIA?;
- 3) Como você acredita que este procedimento de triagem para insegurança alimentar pode ser implantado na rotina da Unidade?;
- 4) Você acha que o TRIA deveria estar no e-SUS?
- 5) Como foi para você aplicar a TRIA na comunidade?

FASE 4 - Análise dos resultados

A análise da implantação do fluxograma e seus desdobramentos se deram através do diário de campo. Segundo o antropólogo Malinowski este instrumento de registro possui extrema valia no campo social; sendo utilizado para registrar percepções interessantes, instigantes ou inquietantes pelo(a) pesquisador(a) (Malinowski, 1967). Bogdan e Biklen configuram essa ferramenta da pesquisa qualitativa como um registro das experiências do(a) pesquisador(a), coletando dados no período em que esteve no campo de pesquisa, refletindo em seguida sobre os achados (Bogdan & Biklen 1994). No presente estudo fez-se uso de diário particular de campo.

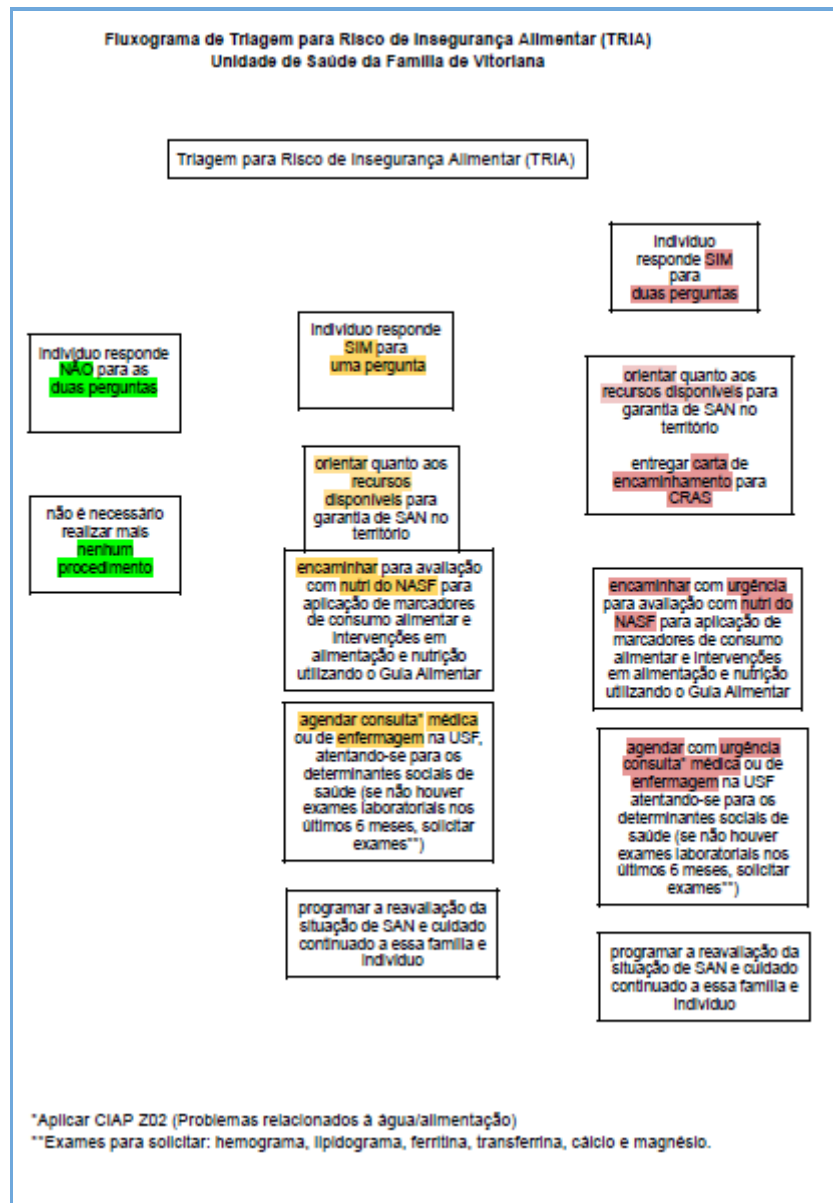
Já as respostas à entrevista foram transcritas do gravador para o programa *Word* pela autora do projeto para análise e sistematização. A sistematização foi realizada a partir da criação de códigos e categorização dos discursos por meio da análise de conteúdo de Bardin, comparando ainda os achados com a literatura (Bardin, 1977).

4 Resultados e Discussão

Um fluxograma sem seguimento

A primeira fase do trabalho se constituiu em uma adaptação do fluxograma exemplificado no documento do Ministério da Saúde para prosseguimento das intervenções ao usuário após aplicação da triagem de insegurança alimentar, realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde. A seguir é apresentada a esquematização do fluxograma construído pela autora em conjunto com a gestora da referida Unidade de Saúde, após reuniões que se deram pela plataforma *Google Meet*. (Brasil, 2022)

Figura 1. Fluxograma de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP



Fonte: elaboração da autora, 2023.

Ao contrário do modelo de fluxograma proposto pelo Ministério de Saúde o questionário de Marcadores de Consumo Alimentar não será aplicado pelo mesmo profissional que realizar a triagem com o usuário na APS, neste caso as Agentes Comunitárias; ao invés disso, será aplicado por nutricionista de referência da Unidade vinculado ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), sendo descartada também a possibilidade de realização do questionário por outros membros da equipe mínima da ESF, como os(as) médicos(as) e a enfermeira da Unidade, indicados anteriormente como possíveis candidatos para tal função tendo como premissa o vínculo com a comunidade e o cuidado longitudinal.

A alteração em particular foi uma solicitação da gestora da USF, ao apontar um distanciamento da equipe em relação ao instrumento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): o questionário de Marcadores de Consumo Alimentar; bem como as principais diretrizes do Guia Alimentar para a População Brasileira que fundamentam as intervenções nutricionais propostas ao usuário e suas famílias na Atenção Primária; referindo sentir-se insegura para tal atividade, acreditando também que as Agentes Comunitárias de Saúde pudessem ver-se sobrecarregadas com a aplicação de mais um questionário.

É importante ressaltar que a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), como um dos componentes de vigilância em saúde, possui o objetivo principal de fornecer informações aos profissionais de saúde e principalmente aos(as) gestores(as) para qualificação da atenção aos usuários, permitindo uma avaliação de tendências alimentares e nutricionais da população e seus possíveis determinantes, ou seja, se constitui como uma prática relevante no processo de organização e monitoramento da atenção nutricional e na definição de ações prioritárias para a população adscrita, estando intrinsecamente relacionado com a situação de segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2015a).

Tendo em vista este cenário, o Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) lançou em 2013 um manual de orientações para avaliação dos Marcadores de Consumo Alimentar, fornecendo substrato para capacitação dos profissionais de saúde, estimulando a avaliação do consumo alimentar por todos os profissionais da equipe de saúde da APS, através da apresentação de um instrumento de avaliação mais rápido, simplificando a coleta dos dados (Brasil, 2015b). Assim como no ano de 2021 foi lançada uma coletânea de Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira, com cinco fascículos compreendendo as diferentes fases da vida, um material de apoio aos profissionais de saúde para o cuidado nutricional dentro do APS, utilizando como instrumento norteador para as recomendações nutricionais o questionário de Marcadores de Consumo Alimentar (Brasil, 2021b).

No entanto, mesmo com todos os esforços para incentivar a VAN na atenção primária, estudos demonstram que assim como na Unidade de Saúde de Vitoriana no município de Botucatu, outros municípios se deparam com a mesma realidade. Pesquisa realizada em uma unidade rural de ESF no interior do Rio de Janeiro entre 2021 e 2022 demonstra que os profissionais de saúde conheciam muito pouco

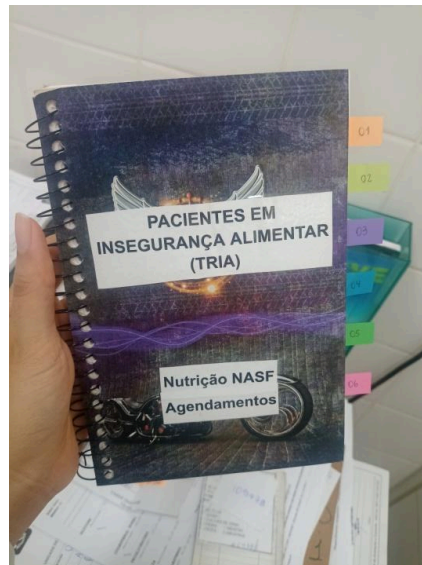
sobre VAN e sua relação com a segurança alimentar, ressaltando a falta de capacitação da equipe para maior adesão ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Martins et al., 2022).

Outro estudo realizado entre janeiro e setembro de 2018 em 43 municípios do estado da Paraíba identificou falhas pertinentes à vigilância alimentar e nutricional na puericultura dentro das Unidades de Saúde, a avaliação foi feita sobre as atividades desenvolvidas pelo profissional da enfermagem (Pedraza, 2022). Em Dourados uma pesquisa realizada entre setembro de 2018 a junho de 2019 em todas as Unidades de Saúde do município, observou que mais da metade das equipes não realizava a avaliação alimentar, e que 52,4% não conseguiram implantar tal função na rotina da Unidade; apontando como uma das principais razões para este resultado a falta de educação permanente e a demanda excessiva de trabalho, impedindo a incorporação de uma nova atribuição (Zandona, 2019). Indicando mais uma vez o afastamento da equipe com o instrumento de Marcadores de Consumo Alimentar.

Além da gestora da Unidade, a Nutricionista de referência da USF de Vitoriana vinculada ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), atualmente conhecido como eMulti, também foi questionada sobre o processo de implantação da triagem, seguindo com as devidas contribuições para aperfeiçoamento do instrumento organizativo. Foi criada uma agenda física para inserção dos usuários identificados com risco de insegurança alimentar durante a triagem, devendo ser alimentada pelas ACS's. A agenda foi alocada na sala de pós-atendimento da Unidade e toda a equipe de enfermagem foi orientada sobre o novo processo a ser implantado.

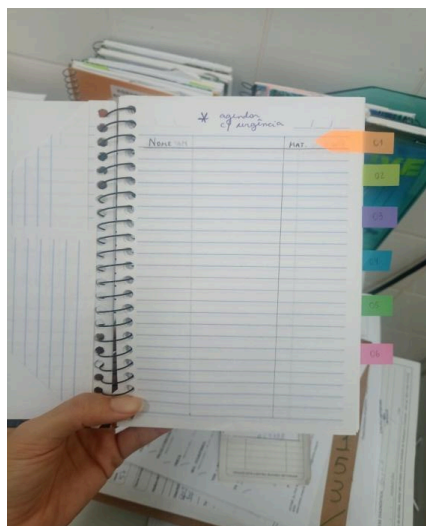
A agenda denominada "Pacientes em Insegurança Alimentar (TRIA) - Nutrição NASF Agendamentos" foi separada em seis seções, cada uma das seções destinada a uma microárea. Nas folhas foram demarcadas duas colunas para descrever o nome do usuário e seu respectivo número de matrícula, os nomes descritos na agenda seriam referentes aos usuários que responderam afirmativamente para uma ou duas questões da triagem, indicando risco para insegurança alimentar moderada e/ou grave, havendo uma sinalização diferente - marcação de um asterisco (*) - para os usuários que responderam afirmativamente para as duas questões, indicando prioridade na avaliação.

Figura 2. Caderno para suporte ao encaminhamento dos pacientes em risco de insegurança alimentar avaliados pelo instrumento de TRIA, à nutricionista do NASF.



Fonte: arquivo pessoal, 2023

Figura 3. Divisão das sessões do caderno de encaminhamento dos pacientes em IA para avaliação da nutricionista do NASF.



Fonte: arquivo pessoal, 2023

Além disso, dois outros documentos foram estruturados para dar maior suporte ao processo de direcionamento do paciente dentro da Unidade e na Rede de Atenção. Uma ficha de convocação de consulta (**Anexo 3**) foi produzida

especificamente para os pacientes em risco de insegurança alimentar a fim de que suas particularidades pudessem ser identificadas no momento do atendimento; o estudo e os materiais adjacentes também foram apresentados à equipe médica da USF. Tal ação favoreceria ainda o registro dos casos de insegurança alimentar no sistema de saúde, por meio da Classificação Internacional de Assistência Primária (CIAP), dando visibilidade a uma problemática social em um ambiente predominantemente biomédico.

Entretanto, ao inserir os exames de rotina no fluxograma durante o atendimento médico/de enfermagem, criou-se um novo processo partindo do modelo indicado pelo Ministério da Saúde; a ação sugerida pela gestora da Unidade e acatada pela pesquisadora do estudo visava analisar possíveis alterações bioquímicas provocadas pela situação de insegurança alimentar; a medida, no entanto, deslocou o foco biopsicossocial para o biologizante.

Quando a atenção à saúde assume uma visão médico-centrada o cuidado ao usuário pode ser realizado de forma mecânica e indiferenciada, ignorando-se o contexto social e os fatores subjetivos, assim como o protagonismo do indivíduo no seu processo de autocuidado (Raimundo & Silva, 2020). O modelo de trabalho tradicional na atenção primária prioriza o conhecimento médico, com baixo envolvimento político-social no processo de saúde-doença dos usuários, realizando poucas ações de vigilância e educação em saúde; e para que o princípio do cuidado integral seja incorporado na APS se faz necessária uma reestruturação no modelo de atenção (Lopes & Corbo, 2010 *apud* Raimundo & Silva, 2020).

Visando o trabalho intersetorial e conseqüentemente a integralidade do cuidado, um importante ator social foi incluído no processo de fluxograma de triagem para risco de insegurança alimentar: a Unidade de Atendimento às Famílias (UAF - CRAS), presente no território de abrangência do estudo; seguindo o protótipo do Ministério da Saúde.

Como citado anteriormente, foram delineados alguns documentos para melhor suporte no processo de referência do usuário aos outros serviços da Rede, sendo assim uma carta de encaminhamento à UAF (**Anexo 4**) foi confeccionada, sendo apresentada aos profissionais do referido serviço, bem como as fichas de triagem e o fluxograma. Ao identificar as famílias em situação de risco para insegurança alimentar, as ACS, conforme orientação durante a capacitação, deveriam questionar se o indivíduo possui acompanhamento pelo CRAS via UAF;

informando em seguida os dispositivos de segurança alimentar presentes no território.

Houve um interesse por parte dos profissionais da UAF, da área do serviço social e da psicologia, em se debruçar mais sobre a temática de segurança alimentar e nutricional, bem como os instrumentos para sua avaliação, como a EBIA e a própria triagem. O serviço social, enquanto área de atuação, possui como premissa a garantia dos direitos humanos, englobando também o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Couto, 2022).

A(o) assistente social possui um envolvimento histórico de ações relacionadas à alimentação no Brasil, como na campanha da Legião Brasileira de Assistência (LBA), umas das primeiras organizações que vinculava à alimentação à assistência, que dentre seus objetivos visava garantir o direito das pessoas em vulnerabilidade social de acessar os programas de assistência social incluindo o reforço alimentar como umas de suas prioridades (Couto, 2022). No entanto, poucos estudos relatam experiências desta classe profissional com os instrumentos para mensurar a situação e o nível de (in)segurança alimentar da população; ou ainda como tais instrumentos poderiam direcionar a entrevista sobre a insegurança alimentar da população no atendimento individual do(a) assistente social.

Mesmo com todos os serviços da rede atrelados ao fluxograma, o seguimento do mesmo não se deu pelas Agentes de Saúde, ainda que, ao serem questionadas sobre este processo durante a entrevista, as ACS afirmaram não possuir nenhum problema. Houveram respostas afirmativas no processo de triagem em todas as microáreas, no entanto, as Agentes por conhecerem a fundo a comunidade acreditaram que determinadas famílias não precisavam de fato de um acompanhamento, por não estarem passando “fome” propriamente dita; além disso, em uma das microáreas houve um número relevante de triagens com as duas respostas afirmativas, porém a ACS da referida área não se sentiu confortável com o instrumento para triagem, identificando diversos problemas no processo, o que pode ter caracterizado sua falta de estímulo em dar seguimento ao fluxograma; ademais muitas das famílias em risco de insegurança alimentar desta microárea já estavam em acompanhamento na UAF.

Além disso, outras hipóteses levantadas para a falta de seguimento do fluxograma são destacadas: possível falta de incentivo da gestão da Unidade, sobrecarga das atribuições na USF em decorrência da urgência em alcançar os

indicadores do Previnir Brasil e o aumento do número de casos de dengue na comunidade nos últimos meses do ano de 2023, produzindo mudanças nas atribuições das Agentes Comunitárias de Saúde, por meio de visitas domiciliares recorrentes aos usuários testados como positivo para dengue e demais ações envolvendo as orientações de vigilância ambiental para combater a arbovirose.

Aprofundaremos em seguida os conteúdos trazidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde durante a entrevista do grupo focal. Participaram desta fase do estudo cinco das seis ACS, pois uma delas estava afastada da Unidade de Saúde devido ao período de férias. As integrantes foram reunidas na sala das Agentes na USF na primeira quinzena de dezembro de 2023; as cadeiras foram dispostas em um círculo ao redor da mesa central, onde foi disposto um lanche para desfrutar durante a entrevista.

Após a transcrição da gravação seguindo o método de Análise de Conteúdo de Bardin foi realizada uma leitura flutuante a fim de identificar as principais ideias; em seguida foram selecionados os núcleos de sentido (códigos) por meio de frases/trechos, parágrafos que representavam um sentido para a pergunta norteadora da pesquisa; posteriormente foi realizado o processo de categorização, unindo os núcleos de sentido. Foram encontrados 63 códigos agrupados em três categorias temáticas: 1) Alimentos suficientes, mas será que adequados? 2) Uma ferramenta muito simples para uma atribuição bem recebida; 3) O alimento como um direito nem tão bem compreendido; apresentadas a seguir.

Alimentos suficientes, mas será que adequados?

Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias: 1) diagnóstico de Segurança Alimentar e Nutricional do território; 2) agentes/políticas de proteção e ação dos equipamentos de SAN no território. Tais frases e trechos definem o diagnóstico do território adscrito da USF, segundo a visão das ACS, em relação a situação de (in)segurança alimentar:

A fome não é um problema importante na comunidade. (ACS's)

Minha área é uma das mais vulneráveis, no entanto, não passam fome, porém estão sem acesso a alguns alimentos mais nutritivos: o arroz e o

feijão estão presentes, o que falta são frutas, verduras e legumes. [...] eles só se alimentaram de arroz e feijão. (ACS 5)

As minhas crianças [*referentes à microárea*] desacostumaram a tomar leite, porque não tinham o costume de tomar. (ACS 5)

Gente com barriga roncando não tem, mas outras situações sim. (ACS's)

[...] quando você fala do moderado [*nível moderado de insegurança alimentar*] (ACS 2). A gente já pensa em algumas famílias. (ACS 1)

Têm famílias com vontade de comer uma “carninha” ou outra coisa, agora roncar a barriga, aqui não ronca não. (ACS 2)

Essas [*mulheres*] eu acho que pensam: “se eu tivesse uma fruta para ele [*bebê*] comer ou um leite para ele beber”. (ACS 2)

[...] durante a conversa [*triagem para risco de insegurança alimentar*] alguns já me respondiam claramente que às vezes faltava alguma besteirinha, mas não de faltar comida. (ACS 2)

Ao afirmarem que a fome não é uma problemática importante na comunidade as Agentes assumem que a única forma de insegurança alimentar, ou ainda, a mais relevante e digna de apontamento, se dá na ausência de alimentos; não identificando a situação de insegurança alimentar leve e moderada como preocupantes, sendo passíveis da ausência de encaminhamento aos serviços de Assistência Social, bem como de acompanhamento na Unidade de Saúde. Observa-se uma normalização dos níveis de insegurança alimentar leve e moderada, indicada na fala das Agentes a respeito da própria alimentação; uma vez que as investigadoras do diagnóstico social do território também fazem parte da comunidade e vivenciam situações parecidas.

Quando uma das perguntas coloca: “até o final do mês você tem dinheiro para comprar comida”, nem eu que recebo salário às vezes tenho. (ACS 3)

Até a gente que trabalha muitas vezes não tem [*alimento*], pois têm outras contas, água, gás [...]. (ACS 3)

A experiência da fome vem sendo invisibilizada desde o momento da sua teorização, partindo da hipótese que os indivíduos que mensuram, refletem e implementam as políticas públicas acerca da fome, não estão passando por essa situação. A fome foi considerada um tabu até metade do século 20, segundo a

teoria malthusiana o fenômeno era resultante de um processo de seleção natural para garantir o equilíbrio populacional; a partir da segunda guerra mundial surgem as primeiras articulações internacionais para combater a fome, culminando na criação da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO) em 1946, contribuindo para maior visibilidade deste problema que deve ser entendido como complexo e multifatorial (Ziegler, 2013 *apud* Frutuoso & Viana, 2021)

Observa-se pelas falas que o “roncar da barriga” se refere ao nível grave de insegurança alimentar, ou seja, segundo as Agentes tal situação não se reflete no território, uma vez que as famílias possuem uma quantidade suficiente para se alimentar. O que ocorre em muitos casos é uma preocupação com a oferta dos alimentos no decorrer do mês e a ausência de alguns grupos alimentares em detrimento de outros, a fim de garantir uma alimentação consistente, deixando de priorizar uma alimentação adequada.

No entanto, como o próprio conceito de segurança alimentar e nutricional já ressalta, a alimentação saudável é um dos preceitos para a garantia deste direito que não se restringe à quantidade de alimento disponível (Brasil, 2006a). A má nutrição possui causas de origem hermética, como a pobreza e a falta de acesso a uma alimentação composta de alimentos nutritivos e que respeitem os hábitos culturais de cada população, como descrito na Declaração de Roma, documento proveniente da II Conferência Internacional de Nutrição realizada em 2014 (FAO, 2014 *apud* Bocchi et al, 2019). Os desafios atuais em relação à alimentação e nutrição não se limitam ao âmbito da disponibilidade dos alimentos, como em décadas atrás; mas sim em relação à qualidade dos alimentos disponíveis, resultando em impactos agravantes na saúde, com consequências socioeconômicas (Bocchi et al, 2019).

Neste contexto a FAO reforça a importância de colocar a temática da nutrição dentro das estratégias nacionais por meio de políticas e programas que garantam o direito humano à alimentação adequada (DHAA) (FAO, 2014 *apud* Bocchi et al, 2019). Em relação aos agentes e às políticas de proteção envolvendo a segurança alimentar e ações dos equipamentos de SAN no território de estudo, são destacadas as seguintes frases das Agentes Comunitárias de Saúde:

O CRAS dá conta de suprir com as cestas de alimento, sempre tem. (ACS's)

A comunidade é pequena, mas eles são muito unidos, a igreja católica e evangélica sempre ajuda. (ACS 2)

Quando havia uma resposta negativa [na TRIA] eles mesmo se justificavam: “meu marido já recebe o vale [neste dia] ou meu marido já recebe a aposentadoria”. (ACS 2)

Como a fala das Agentes resume: existe uma garantia de oferta da cesta básica de alimentos via Unidade de Atendimento às Famílias de Vitoriana, um dos braços do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). De acordo com a Política Municipal de Assistência Social, o auxílio alimentação deveria ser destinado aos usuários em situações de vulnerabilidade temporária, como por exemplo, em calamidades públicas, seguindo as previsões da Lei Orgânica de Assistência Social de nº 8742 de 1993 que compreende a alimentação como um benefício eventual, garantindo o suporte necessário por um tempo determinado. No entanto, o município de Botucatu não se limita às situações de calamidade, atendendo às demandas de vulnerabilidade social oriundas de subemprego, desemprego, e demais situações que envolvam dificuldade familiar na garantia da segurança alimentar (SMAS, 2019).

No ano de 2019, anterior a pandemia de Covid-19, a Secretaria Municipal de Assistência Social de Botucatu contabilizava uma média de 1500 unidades de cestas básicas distribuídas mensalmente às famílias em acompanhamento; ressaltando que a atuação da Assistência Social não se restringe a distribuição do auxílio alimentação, tal benefício está atrelado ao Plano de Acompanhamento Familiar com o objetivo de trazer reflexões, instrumentalizar e buscar alternativas, em conjunto com a família, para melhorar a situação de vulnerabilidade (SMAS, 2019). Com a chegada da Covid-19 os níveis de insegurança alimentar aumentaram consideravelmente, aumentando também a demanda pelo auxílio alimentação; no município de Botucatu a prefeitura criou uma central de atendimento para que a população pudesse solicitar e agendar a retirada da cesta

básica, a aprovação do benefício se dava mediante comprovação da necessidade por meio de uma entrevista social com a equipe técnica da Assistência (G1, 2020).

Com o intuito de reforçar o compromisso do município em garantir a oferta da cesta básica de alimentos às famílias em vulnerabilidade, o Plano Municipal de Segurança Alimentar de 2023 incluiu como uma das metas referente à promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável; o atendimento em 100% da demanda de auxílio alimentação às famílias em vulnerabilidade social e em risco de IA¹.

Entretanto, como já citado anteriormente, a oferta de alimentos através da cesta básica composta majoritariamente por leguminosas (feijões), cereais (arroz, macarrão, farinha, bolachas), leite, sardinha, café ou chá, e ingredientes culinários como: açúcar, sal, óleo; não inclui a classe dos hortifrutis como as frutas, verduras e legumes, essenciais para uma alimentação saudável.

Porém, com a implantação do Plano Brasil Sem Fome observa-se avanços neste cenário, por meio do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome é desenvolvido em 2023 um decreto com diretrizes para a nova composição da cesta básica, contemplando a reestruturação deste benefício que não possuía revisão desde a década de 30. Utilizando os preceitos do Guia Alimentar para a População Brasileira a nova cesta básica deve incluir alimentos in natura ou minimamente processados como frutas, verduras, legumes, castanhas, nozes, raízes, tubérculos, ovos; assim como os ingredientes culinários, excluindo os ultraprocessados (Brasil, 2023c; Peduzzi, 2023).

Enquanto a nova composição da cesta de alimentos não se torna uma realidade nos territórios, a presença do Banco de Alimentos no município de Botucatu, um dos equipamentos de segurança alimentar com ação de distribuição de frutas, verduras e legumes às entidades assistidas, se torna de extrema valia para composição de uma alimentação adequada. No entanto, o território compreendido pela USF de Vitoriana não mantém entidades do terceiro setor ou ainda agentes ligados às instituições filantrópicas, como as igrejas, que possuam disponibilidade, meios e financiamento apropriado para a retirada dos kits de hortifrutis na sede do Banco de Alimentos. Nos últimos anos a comunidade de Porto

¹ Metas para o Plano Municipal de Segurança Alimentar de 2023 do Município de Botucatu apresentado durante a 4a Conferência Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, documento ainda não publicado.

Said tem sido a única a se beneficiar da cesta de hortifruti do Banco, uma vez que a entidade social Cáritas Arquidiocesana de Botucatu possui atividades de fortalecimento de vínculo e empoderamento com às mulheres da referida comunidade de pescadores, indo até a localidade uma vez por semana para o desenvolvimento das atividades e distribuição das cestas.

Além do CRAS, as Agentes de Saúde também mencionam a participação da instituição religiosa na comunidade, com ações como a da Cáritas, citada anteriormente. Quando se analisa o histórico de assistência social no Brasil observa-se que até o período de redemocratização as ações assistenciais não eram compreendidas como um direito social, atingido por meio de políticas públicas, mas sim como um caráter benevolente de ajuda às famílias em vulnerabilidade, imbuído de teor religioso; em seguida a assistência incorpora uma lógica filantrópica higienista com recursos advindos de diversos atores, dentre eles os latifundiários, os senhores do engenho, os fazendeiros, o próprio Estado e também as organizações vinculadas à igreja católica. Tais organizações realizavam ações de filantropia caritativa, sendo a primeira instituição deste caráter a Irmandade da Misericórdia na cidade de São Paulo, atuando como uma enfermaria e albergue (Silva et al, 2019). Notando-se a influência e atuação da instituição religiosa em todo o território brasileiro desde o período da colonização até os dias atuais, em relação às mais diversas vulnerabilidades sociais, incluindo a fome.

Enfatiza-se também a atuação dos profissionais de saúde que compõem os serviços de Atenção Primária e lidam com o gerenciamento do cuidado das famílias em IA no território. A Residência em Saúde da Família aparece no discurso das ACS como um dos atores para o fortalecimento da atenção em saúde à população adscrita da USF de Vitoriana, neste caso em específico em relação à situação de insegurança alimentar. Sendo a Residência uma das modalidades mais antigas de pós-graduação dos profissionais de saúde, a primeira proposta de Residência Multiprofissional em Saúde da Família surge no final da década de 90 contemplando a integralidade, o acolhimento e a promoção da saúde (Brasil, 2006c).

A ACS X é quem trabalha mais com o CRAS, agora eu particularmente não. [...] eu passo pras meninas [*Residentes em Saúde da Família - FMB/Unesp*]. (ACS 3)

Eu tenho contato com o CRAS direto também, já passo pra eles direto e passei bastante caso [*famílias em vulnerabilidade*] pras meninas também. (ACS 1)

A Estratégia de Saúde da Família, incorporada como principal modelo de assistência à saúde, requer profissionais com competências para a implantação deste modelo, seguindo os princípios e diretrizes do SUS; uma vez que estudos acerca do processo formativo dos profissionais de saúde comprovam o despreparo para atuação na APS (Lessa, 2000 apud Nascimento & Oliveira, 2006). A qualificação dos profissionais de saúde para na Atenção Básica deve, portanto, incluir habilidades para realização do diagnóstico das condições de vida e saúde, através da vigilância, promovendo atividades de educação que visem à emancipação do cuidado dos usuários (Oliveira, 2004 apud Nascimento & Oliveira, 2006).

Ressaltando-se a importância de programas de formação generalista para os recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma visão crítica, humanista e integradora partindo do fortalecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, afastando-se do modelo hegemônico de caráter técnico-especialista e hospitalocêntrico (Del Ciampo, 2004 apud Nascimento & Oliveira, 2006)

Uma ferramenta muito simples para uma atribuição bem recebida

Durante o processo de triagem as Agentes referem que a comunidade respondia as perguntas da triagem com o intuito se auto-beneficiar, acreditando que o questionário visava o rastreio de famílias e indivíduos para o recebimento de cesta básica de alimentos, ainda que as entrevistadoras da TRIA não tivessem nenhuma ligação com a rede socioassistencial, como por exemplo, a UAF, uma organização da sociedade civil ou ainda uma entidade filantrópica; explicando que a triagem tratava-se de uma pesquisa vinculada à área da saúde. Esta concepção da população pode ser um fator de enviesamento dos resultados e deve ser considerada no momento da entrevista.

[...] respondem as questões visando receber algo em troca, demonstrando que a situação está ruim [...] (ACS 2)

[...] eles questionaram se ganhariam outra cesta, explicamos que não, era apenas uma pesquisa. (ACS 2)

Outra percepção importante das ACS diz respeito à dificuldade de compreensão das perguntas tanto por parte da comunidade, quanto por parte das próprias agentes de saúde, ainda que estas tenham sido instruídas no momento da capacitação realizada pela autora, antes e durante a aplicação da triagem no território. A principal queixa refere-se à semelhança das duas questões contidas na Triagem para Risco de Insegurança Alimentar quanto à falta de alimentos ou a mudança de hábitos alimentares devido à renda ou demais condições implícitas no questionamento.

[...] achei as perguntas muito próximas uma da outra, você tinha que fazer e refazer a pergunta [...] A forma de fazer as duas perguntas era muito parecida. (ACS 5)

[...] ficou confuso no começo sim, pois achamos as duas perguntas muito parecida. Haviam muitas respostas 'sim', 'sim'. (ACS 2)

[...] a maioria [dos moradores] não entende. Se você for falar em termos e palavras eles vão ficar avoados. (ACS 5)

Foi um pouco complicadinho? Foi. Mas na segunda vez [*aplicação da TRIA*] quando a Carol [*autora do projeto*] deu outra visão que a gente poderia perguntar sem medo se as respostas dessem sim ou não, foi aí que fluiu (ACS 2).

[...] não consegui captar o que a pergunta falou, deveria mudar para que a pergunta chegasse em algum ponto e entender melhor. [...] então para mim especificamente [*a TRIA*] não chegou na conclusão que deveria. (ACS 3)

[...] falta [*à TRIA*] o porquê e falta o como. (ACS 1)

As pesquisas envolvidas no processo de validação e reprodutibilidade do instrumento não são colocadas à prova neste estudo quanto à metodologia e os resultados encontrados, que garantem bom desempenho da TRIA; no entanto, é relevante destacar que ambos os estudos utilizaram respectivamente dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2013), para concluir que a utilização da segunda e quarta questão da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar possuíam melhor associação na identificação de famílias em risco de insegurança alimentar moderada/grave; não aplicando as referidas questões em cenário real e comparando os resultados com escala padrão-ouro (EBIA) em um teste de concordância; além de não considerar a percepção dos indivíduos, que em hipótese, estariam realizando a triagem (Plobacion et al., 2021; Carvalho et al., 2022).

Ademais as ACS exprimem o desejo de se aprofundarem na temática para investigar a situação e o grau de insegurança alimentar da comunidade adstrita ao território da USF de Vitoriana, já que para algumas não era surpresa ou novidade a presença de risco moderado ou grave para insegurança alimentar, ainda que tal situação seja normalizada, como já discutido no presente estudo; a triagem se torna neste momento um instrumento simples para a análise e levantamento do diagnóstico almejado pelas Agentes. Ao que tudo indica existe uma preferência pelas ACS na utilização da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar em detrimento da TRIA, indicando não haver dificuldade na inserção de um questionário de 8 ou ainda 14 questões na rotina de trabalho, envolvendo as visitas domiciliares.

Entrevistadora – O questionário que classificou os níveis da fome no Brasil possui na verdade 8 perguntas, então vocês acham que seria mais interessante que fossem realizadas as 8 perguntas? Que fossem realizadas 10 perguntas, porém bem especificadas [...] (ACS 5)

Entrevistadora – [em relação às 8 perguntas da EBIA] A insegurança leve é quando a pessoa vai deitar e pergunta para si mesma se terá dinheiro para comprar comida amanhã; tem duas perguntas para essa situação. A moderada é 'eu comi só arroz e feijão, mas eu queria comer carne'. E a

grave é 'puxa, tem dia que vou dormir com a barriga roncando'. Eu gostei mais disso que ela [entrevistadora] falou agora. (ACS 2)

Entrevistadora – E para aplicar 8 perguntas não haveria dificuldade? Vocês acham que isso pode entrar na rotina sem problemas? Sem problemas (ACS's)

[...] eu queria saber mais, por isso fiquei desiludida. Mas serviu, eu sabia que [as respostas da TRIA] seria 'sim', 'sim'. (ACS 5)

Eu acho que deveria ser um instrumento mais elaborado para chegarmos no cerne do problema, gostaríamos de saber que tipo de alimento está faltando em casa, um questionário mais amplo, sabe? Com uma especificação da alimentação: você tem verdura? Você tem fruta? Tem leite? (ACS 5)

Quanto à instigação da Agente de Saúde em relação ao tipo de alimento que está deixando de ser priorizado pelas famílias em insegurança alimentar no território do estudo, sugere-se a associação do instrumento para avaliação do consumo alimentar do SISVAN, o questionário de Marcadores de Consumo Alimentar, proposto pelo instrutivo do Ministério da Saúde a ser realizado pelas aplicadoras da TRIA; para tal ação se faz necessária a realização de capacitação dos atores envolvidos neste processo, inserido na educação permanente.

Com o intuito de potencializar as orientações à população, ao invés de apenas realizar a avaliação do consumo alimentar pelo instrumento de Marcadores de Consumo Alimentar, às ACS poderiam, quando se fizesse pertinente, intervir com informações previstas no Guia Alimentar para a População Brasileira, empoderando as ACS no seu processo de trabalho. Segundo Pedebos et al. (2018) a referida classe profissional compreende a importância da educação em saúde para a comunidade do território, visto que sua ação não se restringe apenas a identificação das condições sócio-sanitárias do território, perpassando pelo cuidado através da promoção da saúde.

[...] achei bastante interessante esse trabalho, trazer esse tema pra dentro da Unidade pra gente trabalhar, achei bem bacana. Fazer esse levantamento com a comunidade, com as pessoas que a gente trabalha,

achei muito interessante, acho que é só a gente desenvolver um pouco mais [...] (ACS 4)

Desde que haja resolubilidade é importante. (ACS 1)

[...] importante fazer o levantamento destes dados, no entanto, precisamos ter uma resolução. (ACS 4)

O Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se como uma agente social, dado a alta capacidade de organização da comunidade com o intuito de melhorar as condições de vida; além de ser identificado como uma liderança por meio da mobilização de grupos, na participação de associação de moradores e outros meios de organização popular, o que pode imprimir neste profissional o desejo de solucionar as demandas presenciadas ou trazidas pela comunidade, como podemos observar na fala das ACS durante a entrevista acerca da necessidade de resolução da problemática da insegurança alimentar, condicionante para que o instrumento de triagem seja de fato importante para a comunidade (Alves et al., 2014; Domingues et al., 2018).

Seguindo ainda com as falas das Agentes sobre o relevante papel desta profissão na aplicação da TRIA, apresentam-se as seguintes frases:

[...] nós estamos na casa deles todos os dias. [...] Muitas vezes é a gente quem traz os casos, pois eles nem vem ao posto. Nós sabemos como está a situação de cada um. Eu tenho na minha cabeça quem come salsicha, quem come ovo todo dia, eu tenho esses dados na minha cabeça; aquele que come a carne, aquele que não toma o leite. (ACS 5)

[...] nós temos tanta intimidade com as famílias que sabemos o que é real de fato. (ACS 2)

O Agente de Saúde é o mais capaz para isso. (ACS 2)

Não conseguiríamos fazer um questionário correto, mas realizando com ele ali presencialmente você está vendo o que a pessoa tem ou não tem. (ACS 5)

O ACS é reconhecido por sua íntima relação como o território, sendo capaz de conhecer as mais diversas peculiaridades de sua microárea; além disso, tal profissional possui uma maior aproximação das famílias da comunidade, auxiliando

no processo de humanização do cuidado, assim como no favorecimento de uma atenção diferenciada, voltada às necessidades de cada indivíduo (Domingues et al., 2018). Como citado pela própria ACS em uma das falas, este profissional é capaz de notar as demandas invisíveis ao serviço de saúde, dado o fato de que muitos indivíduos não trazem determinadas demandas para a Unidade, ainda mais se tratando de um tema complexo e sensível como a fome (Nepomuceno et al., 2021).

Caracterizado como elo entre a equipe de saúde e a comunidade o ACS possui um relevante papel de mediação e de intérprete das necessidades da população, tornando-se peça chave na atribuição do diagnóstico de insegurança alimentar, sendo este papel reconhecido e afirmado pelas próprias Agentes (Domingues et al., 2018).

Além disso, a relevância da presença da triagem ou ainda da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no SUS apresenta-se durante a entrevista com as Agentes, que reconhecem a importância do registro no sistema de informação a fim de gerar dados epidemiológicos que servirão de substrato para o poder público organizar os planos de ação para combater a insegurança alimentar:

Você acha que o TRIA deveria estar sendo registrada no sistema do PEC?
Sim. (ACS's)

Pois a saúde é o todo, não é só o médico, é a alimentação, engloba tudo. Ficaria bem visível para o Ministério o que está acontecendo como se fosse um IBGE, os dados estariam ali concretos. (ACS 5)

O alimento como um direito nem tão bem compreendido

Nesta última categoria foram incorporadas falas das Agentes Comunitárias de Saúde a respeito da percepção das ACS sobre as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, assunto recorrente durante a entrevista com o grupo focal.

Tem muitas mães que têm comida em casa e não fazem. (ACS 2)

E tem muitas [mães] que não sabem administrar o dinheiro que tem.
(ACS 1)

O Bolsa Família para mim deveria ser só para alimentação. (ACS 3)

Um vale alimentação, sem dinheiro no meio, pois isso está criando uma casta de vagabundos e oportunistas. (ACS 1)

Muitos filhos por aí.. (ACS 5)

[...] e aqueles [pais] que não querem nada com nada, não vêem a hora de chegar à Bolsa Família, mas não é pelas crianças, mas sim por elas [mães], entendeu? (ACS 2)

[...] eu acho que um pouco foi o governo que estragou. (ACS 2)

A gente precisa ficar indo nas casas para pesar, pra criança não perder o benefício. (ACS 2)

O PBF está intrinsecamente ligado à Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, auxiliando as famílias em situação de pobreza a melhorar o acesso à alimentação por meio da transferência de renda, como já explanado na introdução do presente estudo. No entanto, a percepção dos não beneficiários do programa destoa deste argumento, ao julgar que o mesmo transforma a população em indivíduos oportunistas, vagabundos e preguiçosos, como se observa na fala das Agentes de Saúde; não sendo identificado como uma política de promoção ao direito humano à alimentação adequada (DHAA). Além disso, há uma culpabilização do gênero feminino, direcionada às mulheres/mães beneficiárias do PBF quanto à responsabilização do cuidado das crianças; fator enraizado no imaginário de uma sociedade patriarcal (Nascimento, 2016).

Uma teoria desenvolvida na década de 80 por Lipsky descreve a burocracia do nível de rua, onde os indivíduos que representam o Estado no território e são responsáveis pela realização das políticas, como por exemplo, os funcionários públicos a serviço da comunidade, são descritos como os agentes da linha de frente; tais agentes ao prover atendimento à comunidade podem assumir um discernimento positivo ou negativo. Desta forma, ao adotar uma discriminação negativa, as interações entre cidadãos e agentes da linha de frente podem potencializar as vulnerabilidades sociais ao promover a exclusão (Lipsky, 1980 *apud* Teixeira & Oliveira, 2022).

Segundo estudo a maior parte dos julgamentos no nível de rua são regidos por crenças e normas morais, ou seja, a subjetividade dos agentes da linha de

frente assume papel central na ação de políticas públicas (Meyers & Vorsanger, 2013). Dentre os julgamentos destacam-se quatro percepções sobre o PBF na ótica de não beneficiários, premissas que vão ao encontro da fala das Agentes Comunitárias de Saúde, apresentadas a seguir: o efeito cegonha, com intencionalidade de aumento da natalidade a fim de aumentar o valor recebido pelo Programa; o efeito preguiça, o efeito cachaça e o efeito eleição, no qual se cria uma base eleitoral por meio da compra de voto através do benefício de transferência de renda (Kawauchi, 2019).

Os programas ligados à assistência social no país não são compreendidos como um direito inato ao cidadão, mas sim como um auxílio/uma ajuda do Estado. Ainda que reconheçam em alguns momentos a sua importância no combate à fome, o Programa Bolsa Família ainda é muito vinculado à vergonha e à moralidade. Segundo a concepção dos agentes da linha de frente, em se tratando de uma ajuda, os beneficiários deveriam provar serem merecedores de tal feito, forjando comportamentos e hábitos considerados moralmente bons (Cardoso Jr & Jaccound, 2009; Auyero, 2011 *apud* Teixeira & Oliveira, 2022).

Ademais, o acompanhamento dos beneficiários do PBF na área da saúde está condicionado à ação de vigilância alimentar e nutricional, que por sua vez, restringe-se aos dados antropométricos relacionados ao peso e à estatura; distanciando-se do objetivo do programa em ampliar o acesso à saúde. Dentre as atribuições do ACS nas ações do PBF, insere-se justamente a coleta destes dados para a vigilância nutricional, no entanto, este não deveria ser o único fator de cuidado e de compromisso do setor saúde com o DHAA vinculado a este Programa (Damião et al., 2021).

5 Considerações e Conclusão

As Agentes Comunitárias de Saúde possuem um papel fundamental no processo de diagnóstico do território dentro da Atenção Primária, neste caso em específico na identificação de indivíduos e famílias em risco de insegurança alimentar, não havendo melhor profissional dentro da Estratégia Saúde da Família para esta incumbência. Segundo percepção das ACS, a insegurança alimentar apresenta-se como um fator relevante para investigação na comunidade

pertencente ao território da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana no município de Botucatu, devendo ser introduzida no Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) no SUS, ainda que o instrumento de TRIA, proposta para implantação na Unidade, não tenha sido tão bem avaliado pelas Agentes.

O estudo possui limitações tendo em vista o seu tamanho amostral (grupo focal com a presença de cinco Agentes Comunitárias de Saúde), abrangência (território adstrito a uma Unidade de Saúde Família em um município do interior de São Paulo) e tempo para o processo de implantação de uma nova atribuição dentro da rotina de uma Unidade de Saúde. No entanto, este projeto de pesquisa traz reflexões e indagações importantes a serem consideradas, se tratando de um estudo que analisa a implantação em cenário real de um instrumento validado para triagem de risco em insegurança alimentar, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde no processo de vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica à Saúde em um período de níveis alarmantes da fome no país; contemplado também no Protocolo Brasil Sem Fome, presente nas ações e estratégias propostas no ano de 2023 pelo governo federal para mitigar as consequências da insegurança alimentar; ou seja, traz luz e novos *insights* acerca de um instrumento de suma relevância no cenário brasileiro de combate à fome.

Durante a entrevista as ACS expressam a grande dificuldade de compreensão das perguntas da TRIA pela população e pelas próprias aplicadoras do questionário, visto a semelhança nas questões que se seguem, ainda que haja uma diferença no conteúdo abordado. Considerando a necessidade de capacitações prévias com este profissional de saúde, acerca da temática de segurança alimentar e nutricional, antes da efetiva implantação do processo de triagem na comunidade; levanta-se também a necessidade de maiores estudos com o referido instrumento de triagem com aplicação em cenário real nas mais diversas regiões do país e comparação dos resultados com a escala padrão-ouro (EBIA) em um teste de concordância, levando em conta a percepção dos cidadãos e profissionais envolvidos no processo; a fim de garantir uma boa certificação do instrumento de triagem e êxito em sua aplicação.

Além das dificuldades apresentadas pelo instrumento, o fluxograma proposto pela autora para implantação do processo de triagem para risco de insegurança alimentar também não teve seguimento, dentre as hipóteses destaca-se possível falta de incentivo da gestão da Unidade, ausência de estímulo gerada pelas

incongruências com o instrumento entre os atores envolvidos, além de sobrecarga das atribuições na USF em decorrência dos indicadores do Previner Brasil e por último o aumento do número de casos de dengue na comunidade, que inferiu mudança nas tarefas das Agentes Comunitárias de Saúde. Em suma tal dado aponta para aprimoramento do fluxograma, que deve ser revisado durante o seu período de aplicação considerando a experiência dos atores envolvidos no processo, fator que infelizmente não se fez presente no primeiro esquema de organização de fluxo para cuidado em rede das famílias em risco de insegurança alimentar, por tanto, apresenta-se no apêndice uma nova proposta de fluxograma **(Anexo 5)**.

Outro dado resultante do estudo parte da normalização dos níveis de insegurança alimentar leve e moderado entre a população assistida e as entrevistadoras, traduzindo um senso comum onde a qualidade da alimentação torna-se menos relevante que a quantidade disponível de alimento. As famílias em situação de insegurança alimentar do município de Botucatu possuem a garantia de acesso à cesta básica de alimentos via Secretaria de Assistência Social, entretanto, algumas indagações fazem-se pertinentes: as famílias beneficiárias do auxílio alimentação estão conseguindo realizar um planejamento alimentar com os insumos ofertados a fim de que não falte alimento no final do mês? Como demonstrado a partir dos resultados da TRIA. Que outros fatores interferem no acesso quantitativo ao alimento dentre as famílias que recebem cesta básica?

Expressa-se ainda a relevância da incorporação e do fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional na Atenção Primária, por meio da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar ou da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), sendo associado à avaliação do consumo de alimentos pelo questionário de Marcadores de Consumo Alimentar. Neste processo, a educação permanente dos profissionais de saúde da ESF se faz necessária contando com o matriciamento do NASF/eMulti através da profissional nutricionista, somando esforços no combate à fome no Brasil.

Conclui-se que a Triagem para Risco de Insegurança Alimentar possui viabilidade de inclusão na rotina de uma Unidade de Saúde da Família, ainda que seja necessário maiores estudos para aperfeiçoamento e adequação em cenário real do referido instrumento; com os devidos ajustes no fluxograma de ordenação do usuário da Atenção Primária à Saúde dentro de rede, de acordo com a realidade de

cada território. Ainda que as Agentes Comunitárias de Saúde dêem preferência para aplicação da EBIA em detrimento da TRIA por esta última não aprofundar as questões referentes à segurança alimentar - sendo fiel ao seu objetivo -, para que o processo de inclusão da triagem seja bem estruturado é indispensável a comunicação e a atuação intersetorial para construção do fluxograma, dando voz aos atores envolvidos; além da presença de uma formação continuada dos profissionais de saúde para que tal ação seja compreendida e vista com a devida importância que merece, contando com o apropriado apoio da gestão em saúde para oficialização da tarefa de implementação da TRIA no território.

Referências Bibliográficas

AÇÃO DA CIDADANIA. Projetos - Banco de Alimentos. Ação da Cidadania de Botucatu, 2021. Disponível em <<https://www.acaodacidadaniadebotucatu.org/projetos/banco-de-alimentos>> Acessado em jan 2024.

ALVES, M. R., et al. Educação permanente para os agentes comunitários de saúde em um município do norte de Minas Gerais. *J Res: Fundam Care Online*. 2014; 6(3):882-8.

ARANHA, A. V. Fome Zero: a construção de uma estratégia de combate à fome no Brasil. A implantação do Programa Fome Zero do governo Lula. *In: ARANHA, A. V. (org.). Fome Zero: uma história brasileira*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2010. v. 1.

AUYERO, J. Patients of the state: An Ethnographic Account of Poor People's Waiting. *Latin American Research Review*, vol. 46, n. 1, 2011 apud TEIXEIRA, M. C.; OLIVEIRA, B. R. Efeitos sociais derivados da implementação de políticas públicas: uma análise do Programa Bolsa-Família. *O Social em Questão*, vol. 1, núm. 52, pp. 155-176. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio De Janeiro, 2022.

BAPTISTELLA, J. C. F. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2012, apud GUIMARÃES, L. M. B.; SILVA, S. J. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersetorial. *Rev Serv. Soc. Soc.* (137), 2020.

BARDIN, L. Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70, 1977.

BOCCHI, C. A. et al. A década da nutrição, a política de segurança alimentar e nutricional e as compras públicas da agricultura familiar no Brasil. Rev Panam Salud Publica; 43: e84, 2019.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Investigação qualitativa em educação. Porto Editora, 1994, *apud* TEIXEIRA, E. J. P.; PACÍFICO, J. M.; BARROS, J. A. O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações. Cuadernos de Educación y Desarrollo, v.15, n.2, p.1678-1705, 2023.

BOTUCATU. Prefeitura Municipal de Botucatu. Assistência Social - Bom Prato Saúde será inaugurado nesta quinta em Botucatu. 2015. Disponível em: <<https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/18585/bom-prato-saude-sera-inaugurado-nesta-quinta-em-botucatu>> Acessado em jan 2024.

_____. Prefeitura Municipal de Botucatu. Decreto nº 11.570, de 27 de Dezembro de 2018: Aprova o Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional de Botucatu. Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional 2018-2021. 2018.

BRASIL. Congresso Nacional. LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006: Cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. 2006a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. - Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica DA/SAGI/MDS nº 128/2010: Relatório da Oficina Técnica para análise da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. Brasília: SAGI/DA, 2010a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Fome Zero: Uma história brasileira, Volume III. MDS. Volume 3. Brasília : 2010b. p. 93-223.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2014a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa Suplementar de Segurança Alimentar - PNAD 2013. A percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos. Rio de Janeiro, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate a Fome. Notícias e Conteúdo: Desenvolvimento Social - Notícias - Governo Federal cria o programa Auxílio Brasil para unificar políticas sociais e levar à emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade. Brasília, Ministério da Cidadania, 2021a. Disponível em:<<https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/governo-federal-cria-o-programa-auxilio-brasil-para-unificar-politicas-sociais>>. Acessado em: jan 2024.

_____. Medida Provisória no 1.061, de 9 de agosto de 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 6, 10 ago. 2021a.

_____. Ministério da Saúde. Fascículo 1 Protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate a Fome (MDS). Ações e Programas - Bolsa Família. Brasília, MDS, 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/bolsa-familia>>. Acessado em: jan 2024

_____. Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar (MDA). Notícias – 2023 – O PAA está de volta! Brasília, MDA, 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/mda/pt-br/noticias/2023/03/o-paa-esta-de-volta>>. Acessado em: jan 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Ações e Programas - Alimentação Saudável - Cesta Básica. Brasília, MDS, 2023c. Disponível em:<<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/alimentacao-saudavel/cesta-basica-de-alimentos>> Acessado em jan 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate a Fome (MDS). Plano Brasil Sem Fome. Brasília, MDS, 2023d. Disponível em: <https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Brasil_sem_Fome/Plano/Brasil_Sem_Fome.pdf> Acessado em jan 2024.

CARDOSO JR, J. C.; JACCOUD, L. Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal. In.: JACCOUD, L. (org.). Questão Social e Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo. Brasília: IPEA, 2009 apud TEIXEIRA, M. C.; OLIVEIRA, B. R. Efeitos sociais derivados da implementação de políticas públicas: uma análise do Programa Bolsa-Família. O Social em Questão, vol. 1, núm. 52, pp. 155-176. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio De Janeiro, 2022.

CARVALHO, R. E. S., et al. Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, v38 (7), 2022.

CASTRO, J. Geografia da fome : o dilema brasileiro : pão ou aço. Rio de Janeiro:Edições Antares, 1984.

COUTO, M. H. O papel da/o assistente social na Política de Segurança Alimentar e Nutricional. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto. Mariana, 2022.

DAMIÃO, J. J; et al. Condicionais de saúde no Programa Bolsa Família e a vigilância alimentar e nutricional: narrativas de profissionais da atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, 37 (10), 2021.

DAUFENBACK, V; RIBAS, M. T. G. de O. O “grosso” e o “das crianças”: consumo alimentar em titulares do Programa Bolsa Família em Curitiba-PR. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 47-64, 2015, apud GUIMARÃES, L. M. B.; SILVA, S. J. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersetorial. *Rev Serv. Soc. Soc.* (137), 2020.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G., DANELUZZI, J. C. Residência médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. *Rev Bras Educ Méd* 2003; 27(3): 2004 *apud* NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* vol.10 n°.4 Belo Horizonte, 2006.

DOMINGUES, C. C. et al. Potencialidades do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 20(4): 145-154, 2018.

FAO, Food and Agriculture Organization of the United Nations/World Health Organization (FAO/WHO) Rome Declaration on Nutrition. Why it matters & what can be done. Second International Conference on Nutrition (ICN2), 2014 *apud* BOCCHI, C. A. et al. A década da nutrição, a política de segurança alimentar e nutricional e as compras públicas da agricultura familiar no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*; 43: e84, 2019.

FAO, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Voices of the Hungry. Escala de Experiência em Insegurança Alimentar. 2023. Disponível em: <<https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fies/en/>> Acessado em abr 2023.

FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2023: Estadísticas y tendencias. Santiago. 2023

FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. 2022. In Brief to The State of Food Security and Nutrition in the World 2022. Repurposing food and agricultural policies to make healthy diets more affordable. Rome, FAO

FILHO, N. D. A.; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à Epidemiologia. 4th ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 296 p, 2006.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. APS em Revista, Vol. 3, n. 3, p. 210-223| Setembro/Dezembro, 2021.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa /Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996.

G1, G1 Bauru e Marília. Botucatu disponibiliza central telefônica para solicitar cesta básica. Globo - G1, 2020. Disponível em : <<https://g1.globo.com/sp/bauru-marilia/noticia/2020/03/29/botucatu-disponibiliza-central-telefonica-para-solicitar-cesta-basica.ghtml>>. Acessado em jan 2024.

GUIMARÃES, L. M. B.; SILVA, S. J. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersetorial. Rev Serv. Soc. Soc. (137), 2020.

GATTI, B. A. Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília, DF: Líber Livro Editora, 2005 *apud* CORRÊA, A. M. C.; OLIVEIRA, G. S.; OLIVEIRA, A. C. O grupo focal na pesquisa qualitativa: princípios e fundamentos. Revista Prisma, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.34-47, 2021.

HAGER, E. R. et al. Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity. Pediatrics, v. 126, n. 1, p. e26-32, 2010.

HOFFMAN, R. Insegurança Alimentar no Brasil após crise, sua evolução de 2004 a

2017 - 2018 e comparação com a variação da pobreza. *Segur. Aliment. Nutr., Campinas*, v. 28, p. 1-17.e 021014. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, 2020.

KAWAUCHI, M. O programa Bolsa Família e percepções de não beneficiários: um estudo sobre o efeito preconceito. 2019. 204 f. Tese (Doutorado Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

LESSA, G. M. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. *Rev Bras Enf* 2000; 53(n. especial): 107-10. 2000 *apud* NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* vol.10 n°.4 Belo Horizonte, 2006.

LIPSKY, M. Street level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, 1980 *apud* TEIXEIRA, M. C.; OLIVEIRA, B. R. Efeitos sociais derivados da implementação de políticas públicas: uma análise do Programa Bolsa-Família. *O Social em Questão*, vol. 1, núm. 52, pp. 155-176. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio De Janeiro, 2022.

LOPES, A; CORBO, M. A reorganização da atenção básica no Brasil. In: PONTE, C; FALLEIROS, I. Na corda bamba da sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 256-276, 2010.

PEDEBOS, L.A.; ROCHA, D.K.; TOMASI, Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 119, p. 940-951, out. 2018. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1099/220>. Acessado em jan 2024.

PEDUZZI, P. Visando alimentação saudável, governo quer mudar itens da cesta básica. Agência Brasil, Brasília. Jun 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-06/visando-alimentacao-saudav-el-governo-quer-mudar-itens-da-cesta-basica>> Acessado em jan 2024.

PEDRAZA, D. F. Atuação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no cuidado nutricional de crianças. *Cad. saúde colet.* 30 (1), 2022.

PORTO, S. I. et al. Programa de Aquisição de Alimentos (PAA): dez anos de uma política pública múltipla e inovadora. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. PAA: 10 anos de aquisição de alimentos. Brasília: MDS, 2013.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro; V. 42, número especial 1, P. 18-37, setembro, 2018.

MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system. *N Engl J Med.* 372(23):2177-81, 2015.

MALINOWSKI, B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo: Abril Cultural, 1978, *apud* TEIXEIRA, E. J. P.; PACÍFICO, J. M.; BARROS, J. A. O diário de campo como instrumento na pesquisa científica: contribuições e orientações. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, v.15, n.2, p.1678-1705, 2023.

MARTINS, A. P. B. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. 2013, *apud* GUIMARÃES, L. M. B.; SILVA, S. J. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersectorial. *Rev Serv. Soc. Soc.* (137), 2020.

MARTINS, G. P.; et al. Dados de consumo alimentar no âmbito do SISVAN: uma experiência de intervenção em área rural. *Segur. Aliment. Nutr.*, Campinas, v. 29, p. 1.2022.

MEYERS, M.; VORSANGER, S. Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas. In: PETERS, G.; PIERRE, J. *Administração Pública Contemporânea*. São Paulo: Editora UNESP, 2013.

NASCIMENTO, A. C. O. Mulheres e papéis de gênero no Programa Bolsa Família. *O Social em Questão*, vol. 19, núm. 35, pp. 375-400, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2016

NEPOMUCENO, R. C. A. et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. *Ciênc. saúde coletiva* 26 (5), 2021.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000 *apud* TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

OLIVEIRA, M. A. C. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese Livre-docência] . São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 89p. 2004 *apud*. NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. *Rev. Min. Enferm.* vol.10 n°.4 Belo Horizonte, 2006.

PINTO, Janine dos Santos. Banco de alimentos e restaurante popular: um estudo sobre as políticas públicas de combate à fome. Trabalho de conclusão de curso em Gestão Pública. Santana do Livramento: Unipampa, 2019.

RAIMUNDO, J. S.; SILVA, R. B. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico no contexto da Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Revista Mosaico*, v.11, n.2, p.109 - 116, 2020.

Rede PENSSAN. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil. VIGISAN – Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2021.

_____. Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil, Suplemento I - Insegurança Alimentar nos estados. II VIGISAN - Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2022.

SAMBUICHI, R. H. R.; et al. Programa de Aquisição de Alimentos e segurança alimentar: modelo lógico, resultados e desafios de uma política pública voltada ao fortalecimento da agricultura familiar. Brasília: Ipea, 2019.

_____. O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) como estratégia de enfrentamento aos desafios da covid-19. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 1079-1096, 2020.

_____. Contribuições do programa de aquisição de alimentos para a segurança alimentar e nutricional no Brasil, Texto para Discussão, No. 2763, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2022.

SÃO PAULO. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. Viva Leite. 2024. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/acoes-de-protecao-social/vivaleite/> Acessado em 28 fev. 2024.

SILVA, M. J. C. J. et al. Política de assistência social brasileira: construção sócio-histórica e as marcas do pluralismo de bem-estar. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.

SMAS, Secretaria Municipal de Assistência Social. Ofício nº 31 de 2019 da Secretária Municipal de Assistência Social ao Presidente da Câmara Municipal de Botucatu. Assunto: Requerimento nº 233 aprovado em sessão ordinária de 01/04/2019. Botucatu, 12 de Abril de 2019. Disponível em: <<https://botucatu.siscam.com.br/arquivo?Id=67186>>. Acessado em 04 de jan. 2024

SPERANDIO, N.; MORAIS, D. de C.; PRIORE, S. E. Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: a experiência dos países da América Latina e Caribe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):449-462, 2018.

TANAKA, O.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, p. 121-136, 2004 *apud* TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

TAVARES, L. H. da S.; LIMA, A. C. da C. Segurança Alimentar, composição domiciliar e pobreza no Brasil: um estudo a partir dos microdados da PNAD para o período de 2004 a 2013. *Rev Planejamento e Políticas Públicas*, n. 58, abr.-jun. 2021.

WESTPHAL, M. F. Uso de métodos qualitativos no estudo de movimentos sociais por saúde. In: SPINOLA, A. W. P. et al. (Org.). *Pesquisa social em saúde* São Paulo: Cortez; p. 117-24. 1992 *apud* TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009.

ZANDONA, D. C. M. Avaliação do monitoramento do consumo alimentar na atenção básica de Dourados/MS após capacitação das equipes de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados, 2019.

ZIEGLER, J. Destruição em massa: geopolítica da fome. São Paulo: Cortez, 2013
apud FRUTUOSO, M. F. P.; VIANA, C. V. A. Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação – uma discussão necessária em tempos de pandemia. Interface (Botucatu) v.25, 2021

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do Projeto de Pesquisa com o tema “Análise da implementação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) em Unidade de Saúde da Família de Botucatu”, que será desenvolvido pela nutricionista especializanda em Saúde da Família como projeto de conclusão da residência, sob orientação da Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira, docente do Instituto de Biociências de Botucatu (IBB- UNESP).

OBJETIVO: Estudar a viabilidade da inclusão da triagem para risco de Insegurança Alimentar na agenda de uma Unidade de Saúde na Atenção Primária, envolvendo a ação das Agentes Comunitárias de Saúde no território.

JUSTIFICATIVA: Esta pesquisa objetiva estudar a viabilidade do processo de triagem para identificar famílias em insegurança alimentar dentro do território de uma Unidade de Saúde da Família, a fim de incluir de forma ágil indivíduos em maior vulnerabilidade, que apresentem risco para insegurança alimentar, na rede de atenção, minimizando impactos nutricionais e sociais ocasionados pelo período de crise política e sanitária em nosso país.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Após passar pelo processo de construção de fluxograma para implementação da triagem OU pelo processo de treinamento e coleta de dados da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar na população do território, você participará de uma reunião em grupo que será conduzida pela orientadora do projeto para avaliar como se deu o processo de aplicação da triagem para insegurança alimentar na referida Unidade de Saúde da Família, sendo esta entrevista gravada. Posteriormente, as respostas da entrevista serão avaliadas pela pesquisadora; e os resultados serão divulgados para fins científicos em revistas, congressos e outros de caráter científico, entretanto, não haverá identificação das(os) participantes.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: O(a) participante necessita ser Agente Comunitária de Saúde e estar inserido(a) na Unidade de Saúde da Família a pelo menos quatro meses, tendo participado da capacitação conduzida pela pesquisadora do Projeto como atividade de educação permanente da Unidade e estar atuando no processo de implementação; ou ser enfermeiro(a) gestor(a) da Unidade de Saúde da Família da Atenção Primária no qual ocorreu a implementação da TRIA, estando inserido na Unidade a pelo menos um ano.

RISCOS E DESCONFORTOS: Este estudo não oferece riscos à sua saúde, salvo possíveis constrangimentos ao manifestar sua opinião durante as reuniões do grupo. Como dito anteriormente, sua identidade não será revelada. Caso sinta-se lesado pelo estudo por eventuais danos decorrentes da pesquisa, você tem o direito de buscar indenização.

BENEFÍCIOS: Suas respostas ajudarão a entender a dinâmica e a relevância do processo de triagem para o risco de insegurança alimentar na atenção primária de saúde. E poderão servir como base para o desenvolvimento de novos procedimentos nas Unidades de Saúde da Família, visando o combate à fome da população.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não receberá dinheiro para participar deste estudo. Não haverá nenhum gasto com a sua participação. Você poderá deixar o estudo quando bem entender, sem que haja prejuízo algum. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será arquivado e mantido pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com as pesquisadoras, cujos dados estão descritos abaixo:

Ana Carolina Miano

E-mail: ana.c.miano@unesp.br

Profa. Dra. Maria Rita Marques de Oliveira

E-mail: maria-rita.oliveira@unesp.br

Endereço da equipe da pesquisa:

Instituição: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Instituto de Biociências de Botucatu IBB/UNESP

Endereço: Rua Professor Doutor Antônio Celso Wagner Zanin 250, Unesp Campus de, Botucatu - Telefone: (14) 38800146 (INTERSSAN)

Dados do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): Chacára Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo CEP: 18618-970 (Localizado na FAMESP) - Telefone: (14) 3880-1608 // 3880-1609 (Secretaria do CEP)

Após terem sido sanadas todas as dúvidas a respeito deste estudo, caso concorde voluntariamente em participar assine o documento, estando ciente que todos os seus dados estarão resguardados através do sigilo das pesquisadoras. Este documento será preenchido em duas vias, uma será entregue ao(à) participante e a outra será mantida em arquivo pela pesquisadora.

Assinatura do(a) participante do estudo

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 2

Ficha de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar da Unidade de Saúde da
Família de Vitoriana - Botucatu/SP

Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA)	
Nome do cidadão: _____	
Matrícula: _____ - __	Data nascimento: ____/____/____ Microárea: ____
Data da avaliação: ____/____/____	
Agora vou ler para você duas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Responda sim ou não para cada uma delas.	
1) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2) Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2022 (adaptado).

ANEXO 3

Carta de convocação para consulta após aplicação da Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP



Convocação de Consulta após aplicação de TRIA

Convoco paciente _____ Matrícula: _____
para consulta com _____, no dia ____/____/____ às _____

USF Vitoriana - Botucatu



Convocação de Consulta após aplicação de TRIA

Convoco paciente _____ Matrícula: _____
para consulta com _____, no dia ____/____/____ às _____

USF Vitoriana - Botucatu



Convocação de Consulta após aplicação de TRIA

Convoco paciente _____ Matrícula: _____
para consulta com _____, no dia ____/____/____ às _____

USF Vitoriana - Botucatu



Convocação de Consulta após aplicação de TRIA

Convoco paciente _____ Matrícula: _____
para consulta com _____, no dia ____/____/____ às _____

USF Vitoriana - Botucatu

ANEXO 4

Carta de encaminhamento dos pacientes para Unidade de Atendimento às Famílias (UAF) após aplicação da TRIA da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP



À Unidade de Atendimento às Famílias de Vitoriana - CRAS Norte

Caros,

Orientamos o(a) usuário(a) _____ da Unidade de Saúde da Família de Vitoriana a procurar a UAF porque necessita de uma atenção especial, uma vez que o(a) mesmo(a) respondeu afirmativamente a duas perguntas da ficha de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar, indicando um alto risco para Insegurança Alimentar; e para que o serviço de assistência social possa auxiliar o(a) usuário(a) e sua família da melhor forma.

Colocamos-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Cordialmente,

Enfermeira gestora da USF Vitoriana

Unidade de Saúde da Família de Vitoriana
Botucatu, _____, _____ de _____

ANEXO 5

Novo fluxograma de Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) proposto para Unidade de Saúde da Família de Vitoriana - Botucatu/SP

