

PROTOCOLO DE IMPLEMENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE TRIAGEM PARA RISCO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE PELOTAS E CRICIÚMA

ALICE PALOMBINI GASTAL¹; **LETÍCIA LARA KUTER**²; **BIANCA DEL PONTE DA SILVA**³; **MARIANA GIARETTA MATHIAS**⁴; **GICELE COSTA MINTEM**⁵; **LEONARDO POZZA DOS SANTOS**⁶

¹*Faculdade de Nutrição - UFPel – alice palombini gastal@hotmail.com*

²*Faculdade de Nutrição - UFPel – lelelara1@gmail.com*

³*Faculdade de Nutrição - UFPel – bianca.delponte@gmail.com*

⁴*Faculdade de Nutrição - UFPel – mathias.mariana@ufpel.edu.br*

⁵*Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos - UFPel – giceminten.epi@gmail.com*

⁶*Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos- UFPel – leonardo_pozza@yahoo.com.br*

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como direito de todos ao acesso contínuo e adequado a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer a satisfação de outras necessidades essenciais. Esse conceito está fundamentado em práticas alimentares que promovam saúde, respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (BRASIL, 2006). A SAN deve ser vista como uma medida crucial para compreender melhor os problemas relacionados à alimentação e nutrição, devendo ser avaliada em conjunto com a avaliação específica do estado nutricional de indivíduos e coletividades (BEZERRA; OLINDA; PEDRAZA, 2016).

Embora o direito humano à alimentação adequada seja fundamental, boa parte da população brasileira não tem esse direito assegurado. De acordo com estimativas recentes, cerca de 50% da população brasileira convive com algum nível de insegurança alimentar (REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR, 2021). Historicamente a região Sul do Brasil apresenta as menores prevalências de insegurança alimentar. No entanto, mesmo dentro dessa região, podem ser observadas variações significativas entre as sub-regiões. Em Criciúma (SC), por exemplo, a insegurança alimentar afetou pouco mais de 20% dos domicílios em 2021, enquanto em Pelotas, Rio Grande e Bagé (RS), cerca de 30% dos lares enfrentaram essa condição no período de 2020 e 2021 (SANTOS et al., 2021; MELLER et al., 2023).

Sabe-se que um dos principais determinantes da insegurança alimentar é o contexto socioeconômico individual e coletivo, deixando claro que a diferença socioeconômica é um fator agravante para determinar insegurança alimentar (SANTOS et al., 2018). A falta de renda, desemprego, baixa escolaridade e más condições de moradia afetam o acesso a alimentos de qualidade, especialmente em comunidades vulneráveis (NERI, 2022).

A diferença de PIB entre Santa Catarina (SC) e o Rio Grande do Sul (RS) impacta na insegurança alimentar. Com um PIB mais alto, SC tem menor prevalência desse problema. Já o RS, especialmente em áreas com menor

atividade econômica, enfrenta maiores dificuldades no acesso a alimentos. Em 2021, o PIB per capita de Pelotas era R\$31.347,60, enquanto o de Criciúma era R\$45.871,13 (cidades.ibge.gov.br)..

Em 2022, o Ministério da Saúde publicou um documento intitulado “Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: Manual de identificação dos domicílios e organização da rede” (TRIA). Trata-se de um instrumento de triagem para risco de insegurança alimentar, desenvolvido para monitorar a situação alimentar das famílias e identificar aquelas que estão em risco de insegurança alimentar, o qual pode ser aplicado por profissionais de saúde no âmbito da rede de atenção primária, facilitando a detecção de problemas alimentares em domicílios. Contudo, para que este instrumento seja aplicado na rotina de Unidades Básicas de Saúde (UBS), é necessária uma adequada implementação e disseminação da TRIA. Assim, será possível realizar o devido encaminhamento de famílias que vivenciam insegurança alimentar para ações e programas que visem garantir acesso adequado a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente. Diante disso, o presente trabalho visa apresentar o protocolo de implementação do instrumento de triagem para risco da insegurança alimentar em Unidades Básicas de Saúde nas cidades de Pelotas e Criciúma.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de implantação híbrida tipo III, cujo foco está no desempenho das estratégias de implementação da TRIA em UBS de Pelotas (RS) e Criciúma (SC). A seleção das UBS que farão parte do processo de implementação foi feita por conveniência de localização e acesso facilitado dentro de cada município. A implementação da TRIA irá ocorrer em seis UBS, sendo três em Pelotas e três em Criciúma. Em Pelotas, as UBS selecionadas foram a UBS Areal Leste, UBS Vila Municipal e Centro Social Urbano, todas administradas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Em Criciúma, as UBS são vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e contam com nutricionistas residentes da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc).

O processo de implementação da TRIA nas UBS selecionadas para o estudo será realizado em três fases. A primeira fase ocorre em nível territorial/municipal, e envolve o mapeamento dos equipamentos de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), bem como a identificação dos atores-chave envolvidos nas ações de SAN e no Direito à Alimentação Adequada (DHAA). Para realizar o mapeamento dos atores-chave, será realizado um mapeamento a partir de entrevistas participativas organizadas em quatro componentes: a) Mapeamento dos atores-chave, b) Análise da rede de conexão entre os atores-chave, c) Mapeamento de poder, d) Identificação de lideranças (ECCLES; MITTMAN, 2006). No presente estudo, o mapeamento dos atores-chave envolvidos em ações de SAN nos territórios das UBS selecionadas abordará os componentes (a) e (b) do Net-Map.

A segunda fase se concentra nas equipes de saúde, onde serão realizadas a avaliação da prontidão organizacional, a identificação de barreiras e facilitadores para a implementação da TRIA, a análise do conhecimento dos profissionais sobre insegurança alimentar e, em seguida, a capacitação desses profissionais para a aplicação da TRIA. A avaliação da prontidão organizacional será realizada utilizando-se a versão em português do questionário de prontidão organizacional para implementação de mudança em serviços de saúde, proposta por Bomfim et al. (35). O questionário de prontidão organizacional será avaliado antes e depois das capacitações para implementação da TRIA na rotina das UBS, de modo a verificar se houve melhoria na percepção de prontidão dos

profissionais para implementação da TRIA após a realização das capacitações. Ademais, serão identificadas as possíveis barreiras e facilitadores individuais e contextuais para implementação da TRIA em cada UBS selecionada, utilizando-se o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) (36). O CFIR é uma estrutura de determinação amplamente utilizada em ciência da implementação que tem como objetivo identificar barreiras e facilitadores envolvidos na efetividade de um processo de implementação.

Já a terceira fase ocorre em nível dos serviços de saúde e dos usuários. Nesta etapa, será elaborado um plano formal para a implementação da TRIA na rotina da Unidade Básica de Saúde (UBS), juntamente com a identificação e o monitoramento da insegurança alimentar nos territórios, além da criação de um plano de ação para os casos identificados de insegurança alimentar. O plano formal de implementação será desenvolvido em colaboração com os profissionais de saúde de cada UBS, enquanto o plano de ação será construído em parceria com os profissionais de saúde e com os atores-chave mapeados na fase 1 do projeto.

O sucesso da implementação será medido pela cobertura de usuários atendidos e pelas mudanças ao longo do estudo. Entrevistas com profissionais também serão feitas para identificar facilitadores e barreiras na adoção da TRIA.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o presente protocolo de implementação da TRIA na rotina das UBS de Pelotas e Criciúma, espera-se que a participação de 100% dos profissionais convidados nas oficinas de mapeamento dos atores-chave do território envolvidos em ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Além disso, é esperada uma adesão mínima de 70% dos profissionais das UBS selecionadas, nas oficinas de capacitação sobre insegurança alimentar e sobre a TRIA, resultando em aumento da prontidão organizacional dos profissionais para implementação da TRIA na rotina do serviço.

Já na terceira fase do estudo, após o mapeamento dos atores-chave e dos equipamentos de SAN, bem como após a capacitação dos profissionais para aplicação da TRIA, espera-se que haja aplicação da TRIA em, no mínimo, 80% dos usuários atendidos nas UBS selecionadas, permitindo monitoramento mensal da situação alimentar, em especial da insegurança alimentar grave, em cada território analisado. Com isso, será possível monitorar mensalmente a prevalência de insegurança alimentar e de outros indicadores relacionados a esta condição, como consumo alimentar e estado nutricional antropométrico, nos territórios das UBS participantes do projeto. Para os casos de insegurança alimentar grave, será criado um fluxograma junto aos serviços de saúde para o devido encaminhamento.

Com a implementação plenamente efetivada, é prevista a criação de uma carta de serviços para promoção da SAN e do DHAA, a partir do mapeamento dos equipamentos de SAN, tornando públicas ações e serviços para garantir o DHAA, de modo a aumentar o conhecimento da população em relação aos serviços oferecidos. Com isso, será possível fortalecer a rede de proteção social de combate à fome, especialmente naquelas localidades com maior prevalência de insegurança alimentar.

4. CONCLUSÕES

Com a implementação da TRIA na rotina das UBS, espera-se um adequado monitoramento da situação alimentar dos domicílios dos usuários atendidos em cada uma das unidades participantes do estudo. Em caso de sucesso na implementação da TRIA, será discutido junto com as secretarias municipais de saúde de Pelotas e Criciúma um escalonamento da implementação para a totalidade das UBS de cada município. Com isso, será possível realizar um monitoramento pleno da insegurança alimentar em Pelotas e Criciúma, facilitando aos gestores o desenvolvimento de políticas e planos de ação para a garantia da SAN e do DHAA.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, T. A. et al. Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários sociodemográficos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 637–651, fev. 2017.

BRASIL. *Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.* Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 set. 2006.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, v. 1, n. 1, p. 1, 22 fev. 2006.

MELLER, F. D. O. et al. Household food insecurity before and during COVID-19 pandemic and its association with perceived stress: population-based studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. e00285121, 2023.

NERI, M. **Insegurança Alimentar no Brasil; Pandemia, Tendências e Comparações Internacionais.** Rio de Janeiro: FGV Social, maio 2022.
Disponível em: <<https://cps.fgv.br/FomeNaPandemia>

Rede Brasileira de Pesquisa em, Soberania e Segurança Alimentar. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil: II VIGISAN - relatório final. São Paulo, SP: Fundação Friedrich Ebert; 2021.

SANTOS, T. G. D. et al. Tendência e fatores associados à insegurança alimentar no Brasil: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004, 2009 e 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 29 mar. 2018.

SANTOS, L. P. D. et al. Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. e00268520, 2021.