

Insegurança Alimentar e Nutricional: capacitação no rastreamento e manejo para profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Food and Nutrition Insecurity: training in screening and management for health professionals in Primary Health Care in the Federal District

Inseguridad Alimentaria y Nutricional: capacitación en detección y manejo para profesionales de la salud en Atención Primaria de Salud en el Distrito Federal

Recebido: 20/01/2023 | Revisado: 05/02/2023 | Aceitado: 07/02/2023 | Publicado: 12/02/2023

Letícia Alves Corrêa Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1119-6400>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: leaves378@gmail.com

Nayara Garcez Miranda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2244-772X>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

E-mail: nayaragarcez@gmail.com

Aline Beatriz de Jesus Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5211-0530>

Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil

E-mail: alinebeatriznutri@gmail.com

Juliana Carmozina Herculano

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6462-9383>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

E-mail: julianaherculano@gmail.com

Caroline Jonas Rezaghi Ricomini

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0979-3356>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil

E-mail: caroljonasnunes@gmail.com

Resumo

Objetivo: relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez na capacitação do rastreamento e manejo da Insegurança Alimentar e Nutricional para profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde. *Método:* relato de experiência por meio do Arco de Charles de Maguerez, na perspectiva e adaptação de Berbel. *Resultados e discussão:* aplicada as cinco etapas do Arco de Maguerez. No qual foi observado um grande número de casos de famílias em situação de Insegurança Alimentar e Nutricional no território e dificuldades que os profissionais de saúde apresentaram no rastreamento e manejo de tal condição; foram levantados pontos-chave; após reflexão crítica, foi realizada uma busca literária de informações na base de dados confiáveis para o suporte teórico; e foram propostas hipóteses para solucionar o problema com a sua posterior aplicação à realidade. *Conclusão:* o presente estudo permitiu relatar uma experiência exitosa no âmbito da capacitação adequada de profissionais de saúde para o enfrentamento de barreiras percebidas e desenvolvimento de competências que abrangem a temática Insegurança Alimentar e Nutricional.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Educação em saúde; Guias alimentares; Insegurança alimentar.

Abstract

Objective: to report the experience of applying the Arc of Maguerez in the training of screening and management of Food and Nutrition Insecurity for health professionals in Primary Health Care. *Method:* report of experience through Charles de Maguerez's Arc of Maguerez, in the perspective and adaptation of Berbel. *Results and discussion:* applied the five steps of the Arc of Maguerez. In which it was observed a large number of cases of families in Food and Nutrition Insecurity situation in the territory and difficulties that health professionals presented in the screening and management of such condition; key points were raised; after critical reflection, a literary search for information in the reliable database for theoretical support was performed; and hypotheses were proposed to solve the problem with their subsequent application to reality. *Conclusion:* the present study allowed to report a successful experience in the scope of the adequate training of health professionals to face perceived barriers and to develop competencies that cover the theme Food and Nutrition Insecurity.

Keywords: Primary health care; Health education; Food guides; Food insecurity.

Resumen

Objetivo: relatar la experiencia de la aplicación del Arco de Maguerez en la formación de cribado y manejo de la Inseguridad Alimentaria y Nutricional para profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud. **Método:** informe de experiencia a través del Arco de Carlos de Maguerez, en la perspectiva y adaptación de Berbel. **Resultados y discusión:** se aplicaron los cinco pasos del Arco de Maguerez. En el que se observó un gran número de casos de familias en situación de Inseguridad Alimentaria y Nutricional en el territorio y las dificultades que presentaban los profesionales de la salud en la detección y manejo de dicha condición; se plantearon los puntos clave; después de una reflexión crítica, se realizó una búsqueda literaria de información en la base de datos confiable para el sustento teórico; y se propusieron hipótesis para resolver el problema con su posterior aplicación a la realidad. **Conclusión:** este estudio permitió dar cuenta de una experiencia exitosa en el ámbito de la formación adecuada de profesionales de la salud para enfrentar las barreras percibidas y desarrollar habilidades que abarquen el tema Inseguridad Alimentaria y Nutricional.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Educación sanitaria; Guías alimentarias; Inseguridad alimentaria.

1. Introdução

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida como a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (Brasil, 2006). De modo que, a Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) no Brasil, compreende-se como a falta de acesso a uma alimentação adequada, condicionada, predominantemente, às questões de renda (Nascimento & Andrade, 2010).

A pandemia da Covid-19, classificada como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), acarretou repercussões negativas nos campos social e econômico, especialmente para as populações mais vulneráveis. Entre estas, verificou-se diminuição no acesso aos serviços de saúde e educação, bem como aumento na prevalência de Insegurança Alimentar (IA) (Brasil, 2022).

Dados do II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (II VIGISAN), mostraram que 41,3% da população estão em estado de SAN, enquanto 58,7% vive com algum grau de IA, sendo 28,0% para IA leve, 15,2% para IA moderada e 15,5% para IA grave, ou seja, mais da metade da população do país convive com a fome (Rede Penssan, 2022). No Distrito Federal (DF), resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018, apontou que 67,3% dos domicílios apresentavam SAN, em contrapartida, 32% dos domicílios estavam com algum grau de IA (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020).

Dentre os indicadores de IAN, tem-se a disponibilidade calórica, o consumo alimentar, o estado nutricional, escalas de percepção, como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) e os fatores socioeconômicos (Morais et al., 2020; Brasil, 2022). O compilado dessas informações, em esfera coletiva, permitem o reconhecimento dos costumes e hábitos alimentares de um determinado território, apresentando um diagnóstico situacional alimentar de uma dada população. Dessa maneira, norteiam as ações a serem conduzidas e implementadas pelas equipes de saúde, oportunizando a elaboração da promoção de hábitos alimentares saudáveis (Carloto, 2018).

A IA tem sido associada a consumo alimentar não saudável com redução do consumo de alimentos in natura e minimamente processados como cereais, hortaliças, frutas, carnes, ovos, leite/derivados e elevada ingestão de alimentos ultraprocessados, com alta densidade calórica e nutricionalmente pobres (Ruschel, 2016). A avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar (MCA) permite a identificação de consumo de alimentos marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação, indicando o que deve ser priorizado pela equipe de saúde para a efetividade de ações práticas relacionadas à promoção de hábitos saudáveis na população (Brasil, 2015).

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto espaço de primeiro contato entre profissionais de saúde e residentes do território, apresenta enorme potencial de contribuição à garantia da SAN por meio de ações de promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, especialmente em áreas com altos índices de vulnerabilidade social e econômica. Ao assumir as funções de ordenação da rede intersetorial e coordenação equitativa do cuidado à saúde e nutrição da população, a APS tem potencialidade para atuação no rastreamento e identificação da IA, promoção da SAN e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (Brasil, 2022).

Entendendo a importância desse rastreamento e identificação da IA no âmbito da APS, a TRIA torna-se uma ferramenta importante e com uso promissor por possibilitar a rápida identificação de famílias em risco de IA e o monitoramento da situação de IA no território, especialmente em situações de ESPIN. Trata-se de um instrumento elaborado recentemente pelo Ministério da Saúde que identifica famílias em risco de IA quando o indivíduo responde afirmativamente a duas perguntas, na qual pode ser aplicada por profissionais de saúde em oportunidades como: consultas individuais, visitas domiciliares, atividades em grupo, durante o pré-natal e consultas de puericultura, entre outros locais (Brasil, 2022).

Considerando o cenário epidemiológico atual e a conformação da APS no território é imprescindível que sua capacidade de rastreamento e resposta à IA seja ampliada, contribuindo para o enfrentamento igualitário dos problemas de saúde e efetivação do direito à saúde e à alimentação, bem como o domínio e aplicabilidade da ferramenta pelas equipes de saúde (Brasil, 2022).

A partir da vivência em cenário prático enquanto residente de nutrição em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), foram observados alguns entraves quanto à identificação e manuseio da IA no território, que podem causar prejuízos aos usuários. Posto isto, o presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência da aplicação do Arco de Maguerez na capacitação do rastreio e manejo da IA para profissionais de Saúde da APS do DF.

2. Metodologia

Este estudo foi elaborado por meio de um relato de experiência executado por profissionais de saúde da Secretaria de Estado de Saúde (SES) do DF e residentes da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), realizado em uma UBS localizada no DF pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). A atividade desenvolvida foi uma capacitação sobre rastreio e manejo da IAN na APS que ocorreu no período de setembro a dezembro de 2022 em uma UBS do tipo 2, conforme a Portaria 77 de 14 de fevereiro de 2017, que possui 6 equipes de Saúde da Família (eSF) nomeadas por números de quadras de suas áreas de abrangência (Distrito Federal, 2018), 5 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 1 equipe de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (eNASF-AB). O horário de funcionamento é das 07:00 às 19:00 de Segunda a Sexta e aos Sábados das 07:00 às 12:00.

A metodologia utilizada na produção desta pesquisa foi a teoria da Problematização por meio do Método do Arco de Charles Maguerez, na perspectiva e adaptação de Berbel (Colombo, 2007). A metodologia da problematização, utilizada no processo de ensino aprendizagem, tem a observação da realidade como ponto de partida e a transformação da realidade como finalidade no decorrer das etapas do Arco de Maguerez (Ferreira, 2019). A Figura 1, a seguir, exemplifica as etapas do Arco na representação esquemática.

Figura 1 - Representação esquemática do Método do Arco de Magueréz.



Fonte: Adaptado de Bordenave e Pereira (Colombo, 2007).

O método do Arco de Magueréz é composto de cinco etapas, como demonstrado na figura acima: observação da realidade é o momento que ocorre a definição do problema de estudo; identificação dos pontos-chave, onde é selecionado a prioridade do que será apresentado a partir do que foi observado na realidade; teorização, que consiste na fundamentação teórica; elaboração das hipóteses de solução, que são definidas as possibilidades e alternativas para a resolução do problema; e a aplicação à realidade, que são ações colocadas em prática no intuito de transformar a realidade observada (Colombo, 2007; Melo et al., 2016).

O arco mostra-se como um recurso eficiente no que tange ao processo de ensino-aprendizagem, oportunizando a criação de competências e habilidades ao sujeito, proporcionando o elo entre teorização e implementação do conhecimento frente à uma determinada realidade (Ferreira, 2019; Borielle et al., 2012). A aplicabilidade da ferramenta é fundamentada na metodologia da problematização, de modo a estruturar o avanço dos processos de forma singularizada, considerando o recorte onde o problema foi elencado e através das cinco etapas promovendo o alcance do objetivo de aprendizagem (Ferreira, 2019; Cauduro et al., 2017).

Aplicando essa metodologia no contexto descrito, a observação da realidade permitiu identificar o aumento da demanda de famílias em situação de IAN e vulnerabilidade social que procuravam o serviço de nutrição e assistência social.

Identificado o problema e após a reflexão crítica, foi realizada uma série de rastreios com a finalidade de encontrar um consenso sobre o problema identificado e os pontos-chaves chegando aos possíveis causadores do problema. Em seguida, a terceira etapa foi a da teorização que buscou entender na literatura, tendo como ponto de partida os pontos-chaves elencados, as possíveis soluções com pesquisa em base de dados científicas. Na sequência, a quarta etapa se consolidou com a formulação de hipóteses de solução a partir dos conhecimentos adquiridos na fase de teorização.

Na última etapa do projeto foram implementadas as propostas de solução. Foi elaborada e realizada uma capacitação sobre rastreio e manejo da IAN para os profissionais de saúde da APS, englobando todas as temáticas propostas na etapa anterior como estratégia de educação continuada.

A capacitação sobre rastreamento e manejo da IAN ocorreu em 1 encontro com duração de uma hora e trinta minutos no auditório da UBS. Todos os profissionais de saúde presentes na UBS (25 pessoas) participaram da atividade sendo eles ocupantes de cargos diversos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS), dentistas, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico, gerente e supervisora da unidade.

Foi elaborada uma apresentação no aplicativo de designer gráfico denominado Canva®, cujo referencial teórico utilizado foram os seguintes documentos oficiais: lei nº 11.346 (Brasil, 2006); II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil (Rede Penssan, 2022); Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil (IBGE, 2020); Insegurança alimentar na atenção primária à saúde: manual de identificação dos domicílios e organização da rede (Brasil, 2022); Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica e protocolos sobre alimentação adequada e saudável como o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2015). A escolha destes referenciais se deu pela confiabilidade e grau de evidência científica, nos quais foram abordados por meio da explanação oral.

3. Resultados e Discussão

Na Tabela 1, encontram-se os produtos relativos aos passos norteadores propostos pela ferramenta do Arco de Maguerez.

Tabela 1 - Produtos referentes à implementação das etapas do Método do Arco de Maguerez.

Etapa	Produto
1. Observação da realidade (Problema)	Insegurança Alimentar e Nutricional no território.
2. Pontos - chave	Pandemia da Covid - 19, dificuldade de rastreamento e manejo da IA pelos profissionais de saúde, desconhecimento e/ou não utilização de ferramentas de apoio pelos profissionais de saúde, dificuldades de orientação sobre alimentação adequada e saudável pelos profissionais de saúde.
3. Teorização	Revisão Literária acerca dos pontos - chave.
4. Hipótese de solução	Educação continuada com os profissionais de saúde.
5. Aplicação à realidade (Prática)	Capacitação dos profissionais de saúde no rastreamento e manejo da IAN, em uma UBS do DF.

Fonte: Elaborada pelos autores (2022).

3.1 Observação da realidade

Foi observado grande número de casos de famílias em situação de IAN e vulnerabilidade social no território acompanhados pela eNASF-AB de forma não compartilhada com as eSF, o que pode ocasionar uma sobrecarga aos profissionais de saúde da eNASF-AB, especialmente ao nutricionista e assistente social.

A eNASF-AB foi criada em 2008 com vistas a qualificar o atendimento e consolidar os atributos da APS (Brasil, 2008). Seu objetivo é atuar de forma integrada e prestar suporte clínico, sanitário e pedagógico às eSF, ampliando a capacidade de resposta à maioria dos problemas de saúde da população e resolutividade da APS, a partir das demandas identificadas conjuntamente entre as duas equipes (Brasil, 2017). No DF a eNASF-AB é composta por equipes multiprofissionais que deverão ser formadas a partir das necessidades de cada território. Em sua composição estão previstos os seguintes profissionais

de acordo com a Portaria nº 489 de 24 de maio de 2018: nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e assistente social.

Além disso, foram observadas algumas dificuldades que os profissionais de saúde apresentam quanto à identificação e manejo da IAN na UBS, desconhecimento de ferramentas de apoio disponíveis na Estratégia e-SUS Atenção Básica (eSUS-AB) como os MCA e TRIA. Apresentam também dificuldades em orientações sobre alimentação adequada e saudável necessitando sempre de auxílios do nutricionista. O nutricionista é reconhecidamente a referência técnica para lidar com questões alimentares específicas, porém, não deve ser o único a orientar sobre alimentação saudável. Considerando a multiplicidade dos fatores envolvidos nas condições de saúde da população, outros profissionais de saúde também deve ser preparados para oferecer orientação alimentar, sob a perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos (Krist-Etherton et al., 2014; Shrimpton et al., 2016).

Após reflexão dos momentos vivenciados e sobre a importância do enfrentamento da IAN no território, foi definido a realização de uma educação continuada sobre a temática com todos os profissionais da UBS, abrangendo tanto profissionais de saúde que fazem parte das eSF, quanto às equipes de Saúde Bucal (eSB), eNASF e gestão da unidade. Assim, a seguinte problemática foi elaborada: Insegurança Alimentar e Nutricional - como rastrear e manejar na APS?

3.2 Pontos - chave

Nessa etapa do trabalho foram detectados os pontos – chaves relacionados ao problema: pandemia da Covid - 19 que exacerbou as desigualdades econômicas nas comunidades mais vulneráveis refletindo na IAN, dificuldade de rastreio e manejo da IA pelos profissionais de saúde, desconhecimento e/ou não utilização de ferramentas de apoio, dificuldades de orientação sobre alimentação adequada e saudável pelos profissionais de saúde.

Assim, a partir de tais considerações, algumas indagações surgiram: os profissionais de saúde da APS conhecem e utilizam alguma ferramenta disponível para rastreio e manejo da IA? Os profissionais de saúde da APS conhecem o consumo alimentar e estado nutricional dos usuários do território? Os profissionais de saúde da APS fornecem orientações sobre alimentação adequada e saudável de acordo com o contexto de vida de cada usuário?

Diante do exposto, foi realizada uma busca literária na base de dados disponíveis como Google Acadêmico, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *National Library Of Medicine* (PUBMED) e *Elsevier* com intuito de obter embasamento teórico para a construção das hipóteses de solução do problema observado, tendo em vista a necessidade de conceitualização, aprofundamento e compreensão dos mesmos (Colombo, 2007).

3.3 Teorização

Sabe-se que a pandemia da Covid-19 agravou ainda mais a IA no Brasil, revelando um número expressivo de 33,1 milhões de pessoas passando fome, sendo a população mais vulnerável: famílias com menor renda, residências chefiadas por mulheres, domicílios com moradores de até 10 anos de idade, população negra, residências em área rural/agricultores familiares e moradores da região norte e nordeste. Esses dados reforçam a influência dos determinantes sociais como renda, gênero e cor/raça na forma como a insegurança alimentar se mostra em uma população (Rede Penssan, 2022; Santos et al., 2022).

A região administrativa (RA) onde ocorreu este estudo apresentou segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2021, que 22,2% dos domicílios estavam em situação de IA leve, 9,3% em IA moderada e 8,1% em IA grave, ou seja, 39% dos domicílios estavam com algum grau de IA. Resultados estes bastantes preocupantes e que nos levam a imaginar um número superior no ano de 2022, tendo em vista os problemas decorrentes da pandemia da Covid-19 que ainda persistem.

Diversos fatores interferem na SAN: indisponibilidade de alimentos, poder aquisitivo insuficiente ou uso indevido deste recurso para a alimentação familiar (Peixoto et al., 2014). Portanto, identificar as famílias mais vulneráveis à IA e compreender suas causas e seus efeitos são fundamentais para encontrar formas viáveis de solução do problema (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, 2011; Corrêa et al., 2004).

Ao estudar a alimentação de populações de baixa renda, apontou-se duas categorias de significação da expressão comida: a necessidade orgânica vital e as relações com as condições de vida (Canesqui, 1977). A questão de como abordar o conceito de alimentação saudável, no âmbito da APS, não está, portanto, restrita à busca de estratégias técnicas a serem repassadas pelos profissionais à população. O setor de saúde deve assumir a alimentação como o resultado das múltiplas relações entre o biológico e o sócio-cultural. Seu papel-chave nesta abordagem interativa deve tomar como premissa o processo de aprendizagem constante e dinâmico, por meio da rede de serviços e programas, contribuindo para a formação da opinião confiável e segura para a população sobre os princípios e recomendações da alimentação saudável, atuando como agente de promoção de saúde nos diferentes ciclos da vida (Silva et al., 2002).

No Brasil, profissionais de saúde como médicos e enfermeiros enfrentam dificuldades sobre a temática alimentação saudável em diferentes contextos nas UBS, em virtude de fatores relacionados a sua formação acadêmica e a sua prática vivencial (Boog, 1999). Dentre as principais barreiras identificadas para a promoção de alimentação saudável, por profissionais de saúde estão os recursos humanos limitados, falta de infraestrutura, alta demanda de trabalho, carga horária insuficiente, falta de capacitação adequada, inadequado conhecimento sobre nutrição, bem como falta de confiança em orientar sobre alimentação (Ball et al., 2010; Kahan & Manson 2017; Kolasa & Rickett 2010).

O Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas, define a EAN como um “campo de conhecimento de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis” (Brasil, 2012). De acordo com esta premissa, ações de EAN, bem como orientação alimentar visando a promoção da alimentação saudável, devem, portanto, ser compreendidas como atribuições cabíveis a todo profissional de saúde que atua na lógica de trabalho colaborativo em equipes multiprofissionais para a promoção da saúde.

A capacitação adequada desses profissionais é uma importante ferramenta para o enfrentamento das barreiras percebidas, e permanece um desafio para os implementadores de políticas públicas no âmbito da alimentação e nutrição (Tramontt, 2020). Nessa perspectiva, a oferta de treinamentos que preparem os profissionais para lidar com a nova realidade em saúde, em consonância com os novos paradigmas da alimentação saudável permanece uma lacuna, sobretudo no uso dos guias alimentares (Kris-Etherton et al., 2015).

Os Guias Alimentares são documentos oficiais que contém recomendações e diretrizes sobre alimentação, com intuito de melhorar padrões de consumo alimentar e promover a saúde de indivíduos e populações (Food and Agriculture Organization of the United Nations/ World Health Organization [FAO/WHO], 1998). Documentos como o Guia Alimentar para a população Brasileira e o Guia Alimentar para Crianças Brasileira Menores de 2 anos elucidam como se alimentar de forma adequada e ambientalmente justa, considerando fatores culturais, econômicos, socioambientais e políticos, extrapolando as dimensões fisiológicas e biológicas da alimentação. Recomendações estas, baseadas no nível de processamento dos alimentos, intimamente ligado com a qualidade da dieta, práticas culinárias e a forma de comer (Tramontt, 2020). Além de servirem como instrumento para incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, esses guias são indutores de políticas públicas que visam a fomentar, apoiar e proteger a saúde e a SAN da população brasileira (Bortolini et al., 2019).

Nesse sentido, a capacitação de profissionais de saúde para a qualificação do cuidado oferecido é uma estratégia potente para a disseminação de recomendações oficiais e integra uma parte importante na estratégia de implementação dos Guias Alimentares, bem como os MCA e TRIA.

A ficha de MCA disponível em [ficha_marcadores_alimentar.indd](#) propõe a avaliação de alimentos consumidos no dia anterior. Além disso, permite que qualquer profissional da equipe de APS realize continuamente avaliação dos marcadores e recomende práticas alimentares adequadas e saudáveis. A ficha de MCA está disponível em 3 blocos no eSUS-AB: um para crianças menores de seis meses (permitem avaliar a prática de aleitamento materno e introdução precoce de alimentos), um para crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade (o conjunto de questões visa à caracterização da introdução de alimentos de qualidade em tempo oportuno, à identificação de marcadores de risco ou proteção para as carências de micronutrientes e à ocorrência de excesso de peso) e outro para crianças com dois anos de idade ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes (o bloco de questões contempla marcadores de consumo alimentar construídos com base na proposta do Guia Alimentar para a População Brasileira) (Brasil, 2015).

Já a TRIA é uma ferramenta com a finalidade de identificar domicílios em risco de IA composta por duas perguntas:

1. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?
2. Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, por que o dinheiro acabou?

Ao responder não para as duas questões da TRIA, considera-se que o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio estão em situação de SAN. Quando o indivíduo responder sim para uma questão, o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio podem estar em situação de IA leve. Ao afirmar duas questões, o indivíduo e todos os moradores do seu domicílio podem estar em situação de IA moderada ou grave (Brasil, 2022).

Nas situações de IA os profissionais de saúde devem proceder com a avaliação do consumo alimentar, a partir dos MCA observando, por exemplo, se existe baixo consumo de alimentos in natura e/ou alto consumo de alimentos ultraprocessados e avaliação antropométrica, que são indicadores que integram a vigilância alimentar e nutricional (VAN) que podem, por exemplo, subsidiar o monitoramento das diferentes formas de má nutrição, como o excesso de peso, a desnutrição e as carências de micronutrientes de todos moradores do domicílio oportunamente. Em casos de IA moderada ou grave é importante fazer o encaminhamento para os programas de referência de SAN no território e de transferência de renda. Os Guias Alimentares podem auxiliar no processo de avaliação do consumo alimentar, bem como orientações nutricionais (Brasil, 2022).

Em um estudo, cujo objetivo foi validar o instrumento da TRIA em diversos estratos da população brasileira, foi evidenciado que o instrumento foi capaz de detectar com acurácia domicílios em risco para IA entre a população em geral, bem como de subgrupos específicos da população. Além disso, a TRIA apresenta grande potencial na melhoria da governança da SAN, isso porque é um instrumento capaz de facilitar o monitoramento, o planejamento e a implementação de programas e políticas públicas coerentes e coordenadas de SAN, contribuir com a transparência e a responsabilidade das instituições na garantia do Direito Humano à Alimentação e a Nutrição Adequada (DHANA), e subsidiar a tomada de decisões para a alocação equitativa de recursos. O monitoramento sistemático da IA em nível local por meio da TRIA fornece à sociedade e aos tomadores de decisão dados fundamentais para a análise situacional e compreensão da magnitude do problema, demonstrando a capacidade da TRIA como instrumento de governança local (Carvalho et al., 2022).

Por ser de rápida aplicação e fácil interpretação, a utilização da TRIA pode ocorrer como parte da rotina dos serviços de saúde, inclusive integrado às visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde. O Ministério da Saúde, por meio da recente publicação intitulada *Insegurança Alimentar na Atenção Primária à Saúde - Manual de Identificação dos Domicílios e Organização da Rede*, recomenda a aplicação da TRIA, especialmente em situações de ESPIN, pois possibilita a

pronta tomada de decisão a partir da identificação de famílias em risco de IA e com possível experiência de fome, garantindo o direito à saúde e à alimentação adequada e saudável (Carvalho et al., 2022).

3.4 Hipótese de solução

As quatro hipóteses de solução formuladas foram:

1. Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o atual contexto de IAN no Brasil e no território.
2. Capacitar os profissionais de saúde da UBS na aplicabilidade da ferramenta TRIA.
3. Capacitar os profissionais de saúde da UBS na aplicabilidade da ficha MCA no e-SUS.
4. Apresentar para os profissionais de saúde os protocolos disponíveis de orientação sobre alimentação adequada e saudável para a população brasileira nos ciclos da vida e diversas condições clínicas.

Após o levantamento das possíveis hipóteses de solução e atentando para a viabilidade de realização das propostas, foram discutidas e definidas, com as preceptoras do cenário, as propostas que melhor se adaptassem e promovessem uma real mudança na realidade observada.

3.5 Aplicação à realidade

A atividade de capacitação permitiu investigar o conhecimento e domínio das ferramentas pelos profissionais de saúde. A baixa aplicabilidade de ferramentas de diagnóstico, obstáculos de implementação e limitação do entendimento de suas potencialidades são fatores comuns também observados neste relato (Ritter et al., 2013).

Após a atividade foi realizada uma roda de conversa onde foi possível observar interesse e participação dos presentes, compartilhando experiências e vivências da rotina do trabalho na qual surgiram exemplos que abordam a temática. Muitos profissionais sugeriram formas de trabalho com os usuários como: abordagem sobre educação financeira, investimento e incentivo à educação, indicações de cursos profissionalizantes, opções de geração de renda dentro da realidade do território, parceria com hortas e restaurantes comunitários, feiras - livres, valorização do produtor local, articulação com a agricultura familiar, criação de campanhas de doação de alimentos na UBS, desenvolvimento de atividades de EAN para as famílias no contexto da SAN e alimentação saudável, bem como a importância da articulação com as redes intersetoriais existentes na região. A atividade mostrou-se como recurso simples e eficaz com boa adesão à prática pelos profissionais de saúde.

Os resultados expostos neste relato devem ser analisados atentando-se a algumas limitações. É possível observar que a ausência do entendimento das ferramentas pelos profissionais é evidente e há barreiras a serem desconstruídas para elevar sua utilização. No entanto, apesar dos obstáculos existe viabilidade. A aplicabilidade de recursos que possibilitem uma avaliação e monitoramento dos contextos de saúde-doença dos usuários, norteados por ações de promoção, prevenção e tratamento de acordo com as reais demandas de um território é fundamental para a longitudinalidade e integralidade do cuidado (Carloto, 2018).

4. Considerações Finais

A IAN é um sério problema de saúde pública que vem sendo agravada nos últimos anos. Tal condição também é observada no contexto da APS, no qual pode não ser identificada devido à dificuldade de rastreio pelos profissionais de saúde ou agravada pelo desconhecimento de orientações para domínio da mesma.

A intervenção educativa foi elaborada visando desenvolver competências aos profissionais de saúde acerca da temática. Espera-se que os mesmos possam utilizar as ferramentas de diagnóstico a fim de realizar o mapeamento e monitoramento do território e posteriormente implementar estratégias de manejo desta condição. A intervenção foi considerada

satisfatória, uma vez que, houve participação de toda a equipe da unidade, com consequente discussão que culminou no aprimoramento dos conhecimentos dos profissionais de saúde.

Vale ressaltar a importância da qualificação da força de trabalho no setor saúde para lidar com as questões de alimentação e SAN com o intuito de auxiliá-los a desenvolver suas capacidades e autonomia para orientar a população, com vistas a promover saúde e bem-estar em geral. Destaca-se que a APS é um lugar propício para a realização de atividades voltadas à promoção da saúde, que por sua vez, engloba o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, sendo um dos principais eixos a garantia ao DHANA. Dessa forma ressalta-se a importância de realizar frequentes capacitações no que tange SAN.

Faz-se necessário mais estudos sobre o trabalho em rede como estratégia para o problema da IAN, por ser um problema multifatorial que engloba aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, esse estudo entende que a contribuição da saúde é fundamental como parte de uma rede, mas não a solução.

A pandemia de Covid-19 tornou ainda mais alarmante a desigualdade social no Brasil. O aumento da IAN vem como sintoma de um problema muito maior que deve ser pensado pelo governo e população como prioridade sendo necessário políticas públicas em diversas frentes com objetivo de assegurar os direitos básicos expressos na Constituição Federal (CF).

Referências

- Ball, L. E., Hughes, R. M., & Leveritt, M. D. (2010). Nutrition in general practice: role and workforce preparation expectations of medical educators. *Aust J Prim Health*, 16(4), 304-10. [10.1071/PY10014](https://doi.org/10.1071/PY10014).
- Boog, M. C., (1999). Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição da PUCCAMP*, 12(3), 261-272. <https://doi.org/10.1590/S1415-52731999000300006>.
- Borielle, D. C., Brusamarello, T., Paes, M. R., Mazza, V. A., Lacerda, M. R., & Maftum, M. A. (2012). A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21, 209-216.
- Bortolini, G. A., de Paiva Moura, A. L., de Lima, A. M. C., Moreira, H. D. O. M., Medeiros, O., Diefenthaler, I. C. M., & Oliveira, M. L. (2019). Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 43.
- Brasil. (2006). *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.
- Brasil. (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União. Jan 2008.
- Brasil. (2012). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). *Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
- Brasil. (2022) 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*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde.
- Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. (2011). *Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional-2012/2015*. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional.
- Canesqui, A. M. (1977). A dietética popular (comida de pobre; comida de rico). *Saúde em Debate*, 4, 48-53.
- Carloto, A. F. (2018). *Marcadores do consumo alimentar: aplicabilidade da ferramenta em estratégias saúde da família em um município da fronteira oeste do Rio Grande do Sul*. [Monografia de especialização]. Universidade Federal do Pampa.
- Carvalho, R. E. D. S., Poblacion, A., Gouveia, A. V. D. S., Correia, M. E. G., Segall-Corrêa, A. M., Cook, J., & Silveira, J. A. C. D. (2022). Validade do instrumento para triagem de domicílios em risco de insegurança alimentar em diversos estratos da população brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, 38.
- Cauduro, F. L. F., Kindra, T., Ribeiro, E. R., & Mata, J. A. (2017). Uso da problematização com apoio do Arco de Maguerez como estratégia de educação permanente para a promoção da segurança do paciente. *Espaço saúde*, 150-156.

- Colombo, A. A. (2007). A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. *Semina: Ciências Sociais E Humanas*, 28(2), 121. doi.org/10.5433/1679-0383.2007v28n2p121.
- Corrêa, A. M. S., Pérez-Escamilla, R., Maranhã, L. K., & Sampaio, M. F. A. (2004). Segurança alimentar no Brasil: validação de metodologia para acompanhamento e avaliação. *Relatório Técnico*. Universidade Estadual de Campinas.
- Distrito Federal (2018). Governo do Distrito Federal. *Portaria n° 489 de 24 de maio de 2018*. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Estado do Distrito Federal.
- Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Medicina Preventiva e Social.
- Ferreira, G. I. (2019). Formação profissional em Saúde: aplicação do Arco de Maguerez no processo de ensino-aprendizagem. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23. doi.org/10.1590/interface.180020.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations/ World Health Organization [FAO/WHO]. (1998). *Preparation and use of food based dietary guidelines*. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Joint FAO/WHO. Consultation, Nicosia, Cyprus.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. (2020). *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil*. IBGE-Coordenação de Trabalho e Rendimento.
- Kahan, S., & Manson J. E. (2017). Nutrition Counseling in Clinical Practice: How Clinicians Can Do Better. *JAMA*, 318(12), 1101-1102. 10.1001/jama.2017.10434.
- Kolasa, K. M., & Rickett, K. (2010). Barriers to providing nutrition counseling cited by physicians: a survey of primary care practitioners. *Nutr Clin Pract.*, 25(5), 502-9. 10.1177/0884533610380057.
- Kris-Etherton, P. M., Akabas, S. R., Bales, C. W., Bistrrian, B., Braun, L., Edwards, M. S., Laur, C., Lenders, C. M., Levy, M. D., Palmer, C. A., Pratt, C. A., Ray, S., Rock, C. L., Saltzman, E., Seidner, D. L., & Van Horn, L. (2014). The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *The American journal of clinical nutrition*, 99(5 Suppl), 1153S-66S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.073502>.
- Kris-Etherton, P. M., Akabas, S. R., Douglas, P., Kohlmeier, M., Laur, C., Lenders, C. M., Levy, M. D., Nowson, C., Ray, S., Pratt, C. A., Seidner, D. L., & Saltzman, E. (2015). Nutrition competencies in health professionals' education and training: a new paradigm. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 6(1), 83-87. <https://doi.org/10.3945/an.114.006734>.
- Melo, M. C., Boeckmann, L. M. M., Costa, A. R. C. Moura, A. S., & Guilhem, D. (2016). Aprendizagem baseada na problematização: utilizando o Arco de Maguerez na graduação de enfermagem. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 7(1), 247-259. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3410/3096>.
- Morais, D. D. C., Lopes, S. O., & Priore, S. E. (2020). Indicadores de avaliação da Insegurança Alimentar e Nutricional e fatores associados: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2687-2700.
- Nascimento, A. L., & Andrade S. L. L. S (2010). Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania? *Ciência Cultura*, 62(4), 34-38.
- Peixoto, M. D. R. G., Ramos, K., Martins, K. A., Schincaglia, R. M., & Braudes-Silva, L. A. (2014). Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23, 327-336. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Rede Penssan. (2022). *II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN): relatório final*. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar-PENSSAN. Fundação Friedrich Ebert: Rede PENSSAN. <https://www12.senado.leg.br/noticias/arquivos/2022/10/14/olheestados-diagramacao-v4-r01-1-14-09-2022.pdf>.
- Ritter, F., Rosa, R. S., & Flores, R. (2013). Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 2523-2534.
- Ruschel, L. F., Henn, R. L., Backes, V., Melo, P. D., Marques, L. A. D. S., & Olinto, M. T. A. (2016). Insegurança alimentar e consumo alimentar inadequado em escolares da rede municipal de São Leopoldo, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2275-2286.
- Santos, L. A., Ferreira, A. A., Pérez-Escamilla, R., Sabino, L. L., de Oliveira, L. G., & Salles-Costa, R. (2022). Interseções de gênero e raça/cor em insegurança alimentar nos domicílios das diferentes regiões do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 38(11), e00130422. <http://dx.doi.org/10.1590/0102311XPT130422>.
- Shrimpton, P. C., Jansen, J. T., & Harrison, J. D. (2016). Updated estimates of typical effective doses for common CT examinations in the UK following the 2011 national review. *The British journal of radiology*, 89(1057), 20150346. <https://doi.org/10.1259/bjr.20150346>.
- Silva, D. O., Recine, E. G., & Queiroz, E. F. O. (2002). Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1367-1377. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500030>.
- Tramontt, C. R. (2020). *Impacto de uma intervenção educativa para implementação do guia alimentar para a população brasileira na atenção básica em saúde*. [Dissertação de Doutorado]. Universidade de São Paulo.