

Segurança alimentar a partir dos
dados da **Triagem de Risco de
Insegurança Alimentar** (julho de
2024 a fevereiro de 2025):
avanço da cobertura



Segurança alimentar a partir dos dados da Triagem de Risco de Insegurança Alimentar (julho de 2024 a fevereiro de 2025): avanço da cobertura

**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO
E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E
COMBATE À FOME SECRETARIA
EXTRAORDINÁRIA DE COMBATE
À POBREZA E À FOME**

Valéria Burity – **Secretária Extraordinária de
Combate à Pobreza e à Fome**

Sérgio Ricardo Ischiara – **Chefe de Gabinete**
Fernando Rabello Paes de Andrade – **Gerente
de Projeto**

Sergio Augusto J. Barretto

Ana Carolina Aleixo Lima

Fábio Campos Sfredo
Audrei dos Santos Soares

**Diretoria de Combate à Fome e
Gestão do SISAN – DGSISAN**

Gismália Luiza Passos Trabuço – **Diretora
de Programa**

**Coordenação-Geral de Apoio à
Gestão do SISAN - CGSIS**

Natália Gebrim Doria – **Coordenadora-Geral**

Nathália França Freire
Mariana Menezes Santarelli
Thiago Abas de Moraes Regota
Luciana Buainain Jacob

Ana Felicien
Letícia Graça Generoso Pereira
Juliana Pereira Casemiro
Ana Beatriz de Jesus Reis e Silva
Amanda da Silva Bastos de Oliveira

**Coordenação-Geral de Planos de
Combate à Fome e de Segurança
Alimentar e Nutricional - CGPLAN**

Leonardo Rauta Martins – **Gerente de Projeto**

Mozart Augusto Mariano Machado

Renata Bravin de Assis Pinto

Maria Clara Pavão da Silva

Jenifer Queila de Santana

**Coordenação-Geral de Articulação
Federativa do SISAN - CGSISEF**

Élcio de Souza Magalhães – **Coordenador-Geral**

Thatiana Regina Fávaro
Aline Muras De Oliveira Pino

Laura Sollero de Paula
Lorrayne Tavares de Souza
Camila Linche Gonçalves Lima

Iara Santana Targino
Vivian Braga de Oliveira
Verônica Inácio da Silva

Diretoria de Vigilância do SISAN - DVGISAN

Alexandre Arbex Valadares – **Diretor de Programa**

Marcelo Galiza Pereira de Souza – **Gerente
de Projeto**

José Alexandre da Silva Júnior – **Coordenador**

Rosana Salles Costa
Marcos Antonio V. Faria
Paula Frias dos Santos

Igor Gomes Alves
Lídia Silva Barbosa
Natália Caruso Ribeiro

Equipe responsável pela Nota Técnica

José Alexandre da Silva Júnior

Paula Frias dos Santos
Alexandre Arbex Valadares
Marcelo Galiza Pereira de Souza

SUMÁRIO EXECUTIVO

- A Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA) vem sendo aplicada por profissionais de saúde nas visitas das equipes de Saúde da Família, no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e outros serviços da Atenção Primária à Saúde, desde novembro de 2023, quando passou a estar disponível nos sistemas da Estratégia e-SUS e Atenção Primária (e-SUS, APS).
- A TRIA se compõe de duas perguntas: a) Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida? b) Nos últimos três meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha, porque o dinheiro acabou? O domicílio será identificado como “em risco para insegurança alimentar” sempre que ao menos um membro do domicílio com 18 anos ou mais responda positivamente às perguntas da TRIA.
- No período analisado neste estudo – de julho de 2024 a fevereiro de 2025 –, a cobertura do TRIA aumentou sistematicamente: a média de cobertura salta de 2,9% para 5,4% dos domicílios por município no período.
- Em julho de 2024, metade dos municípios tinham no mínimo 1,2% de cobertura; em fevereiro de 2025, esse valor alcança 2,7%. Além disso, em julho de 2024, 1.397 municípios não tinham captado dados válidos para o período, em fevereiro de 2025 apenas 907 não coletaram informações.

1 Introdução

Inserida na Portaria Interministerial MDS/MS nº 25/2024, como estratégia de integração do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) para o combate à fome, a TRIA – Triagem para Risco de Insegurança Alimentar – é um instrumento de identificação do risco de insegurança alimentar nos domicílios brasileiros. Os dados gerados a partir desse instrumento oferecem um importante subsídio para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) acompanharem a incidência de risco de insegurança alimentar e para os serviços do SUAS monitorarem a situação de insegurança alimentar entre famílias que acessam os benefícios de transferência de renda e entre famílias potencialmente elegíveis para acessá-los.

A TRIA compõe-se de duas perguntas:

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

ATRIA vem sendo sistematicamente aplicada por profissionais de saúde nas visitas das equipes de Saúde da Família, no atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e outros serviços da Atenção Primária à Saúde, desde novembro de 2023, quando a ferramenta passou a estar disponível nos sistemas da Estratégia e-SUS e Atenção Primária (e-SUS, APS). Uma pessoa é classificada em situação de risco de insegurança alimentar quando responde positivamente às duas perguntas. Além disso, sempre que uma pessoa do domicílio estiver em situação de risco de insegurança alimentar pela TRIA – isto é, responder positivamente às duas perguntas –, todas as pessoas do domicílio¹ são classificadas em situação de risco de insegurança alimentar. Isto significa que o domicílio será identificado como “em risco para insegurança alimentar” sempre que ao menos um membro do domicílio com 18 anos ou mais responda positivamente às perguntas da TRIA.

¹ No âmbito da TRIA, “família” é considerada proxy de “domicílio”: o domicílio é identificado a partir da composição da família, verificada através do responsável familiar. Ver: Nota Técnica Nº 51/2024-CGAN/DEPPROS/SAPS/MS

Documento técnico do Ministério da Saúde² recomenda que, identificado o risco de insegurança alimentar no domicílio, a TRIA deve ser reaplicada àquele domicílio no intervalo de três a seis meses com vistas a aferir possíveis mudanças no risco de insegurança alimentar. Para os domicílios em que não for constatado risco de insegurança alimentar pela TRIA, o prazo de reaplicação é de seis a doze meses. Os dados preenchidos são submetidos a um processo de validação³ para eliminar sobreposições e inconsistências antes da divulgação dos relatórios públicos.⁴

A inserção da TRIA na Ficha Cadastro Individual e no Protocolo Eletrônico do Cidadão permitiu que o instrumento ganhasse rápida cobertura nos municípios brasileiros. Considerando os dados acumulados de novembro de 2023 a maio de 2025, 20,6 milhões de domicílios no país responderam, ao menos uma vez, à TRIA; este número corresponde a 28,4% de todos os domicílios particulares permanentes contabilizados no Censo Demográfico de 2022. Em 4.080 dos 5.570 municípios do país, $\frac{1}{4}$ ou mais dos domicílios tinham respondido à TRIA ao menos uma vez entre novembro de 2023 e maio de 2025.

A partir de julho de 2024, no âmbito do Projeto de Integração de Dados desenvolvido entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), os dados do TRIA passaram a ser regularmente compatibilizados com a base do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) do governo federal. Foi solicitada, por parte da Secretaria Extraordinária de Combate à Pobreza e à Fome (SECF/MDS), solicitada uma extração desses dados compartilhados pelo MS, contendo a marcação da TRIA para famílias inscritas no CadÚnico. São esses dados que integram as análises desta Nota.

² NOTA TÉCNICA Nº 51/2024-CGAN/DEPPROS/SAPS/MS.

³ NOTA TÉCNICA Nº 110/2024-CGAN/DEPPROS/SAPS/MS.

⁴ Disponíveis em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/tria>

2 A evolução da cobertura do TRIA

Entre julho de 2024 e fevereiro de 2025, a TRIA registra aplicações válidas em todos os estados do país. No mês inicial da série – julho de 2024 –, 4.257 municípios (76,4% do total dos municípios do país) tinham respostas válidas para a TRIA; em fevereiro de 2025, esse número alcançou 4.827 municípios (86,6% do total). Como mostra a tabela abaixo, em julho de 2024, a TRIA tinha 9,8 milhões de aplicações válidas para todo o país. Em fevereiro de 2025, o número de aplicações da TRIA alcançava 18,3 milhões.

Tabela 1: No. de entrevistas por mês. TRIA: Brasil, jul. 2024-fev. 2025.

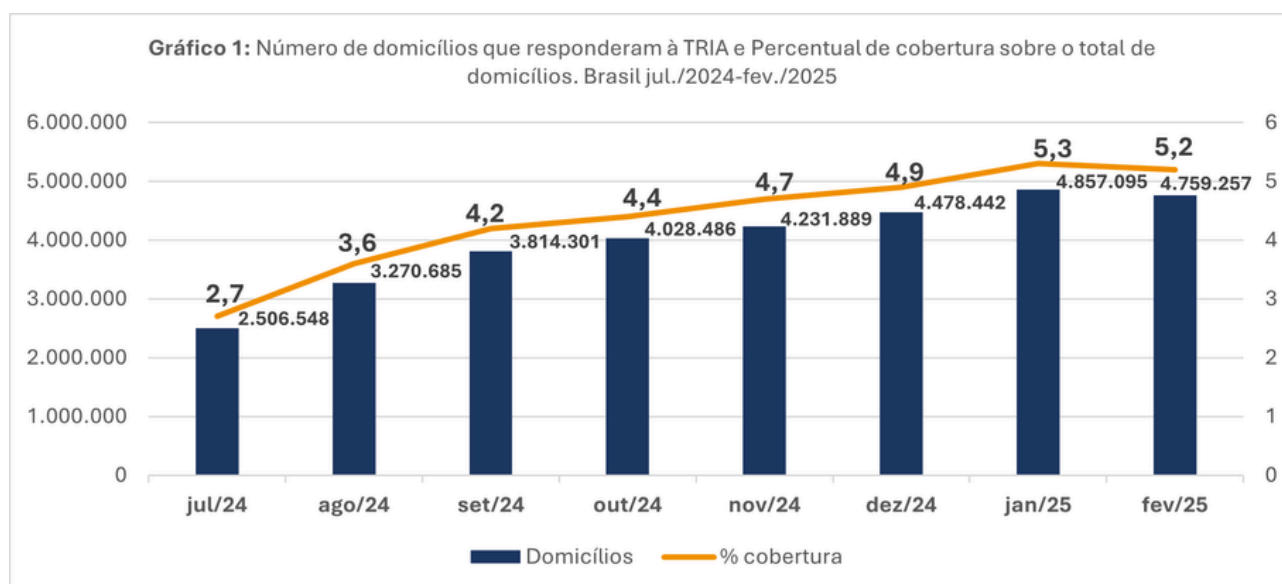
Mês	No. de entrevistas	%
jul.2024	9.877.400	7,84
ago.2024	12.978.366	10,3
set.2024	15.232.352	12,09
out.2024	15.906.715	12,62
nov.2024	16.621.695	13,19
dez.2024	17.585.632	13,96
jan.2025	19.127.732	15,18
fev.2025	18.684.986	14,83

Fonte: Integração de Dados TRIA/CadÚnico. Extração solicitada junto ao Ministério da Saúde. Elaboração dos autores.

Em termos de domicílios, a TRIA contava com respostas válidas para 2,5 milhões de domicílios em julho de 2024; esse número passou para 4,8 milhões em janeiro e 4,7 milhões em fevereiro de 2025 (já descontados os domicílios registrados mais de uma vez no mesmo mês). Isto significa que os dados de cada mês somam um “estoque” (entrevistas válidas acumuladas nos 180 dias anteriores) e um “fluxo” (as entrevistas feitas no mês de referência da informação). Essa regra metodológica vale para todas as informações e análises que integram esta Nota.

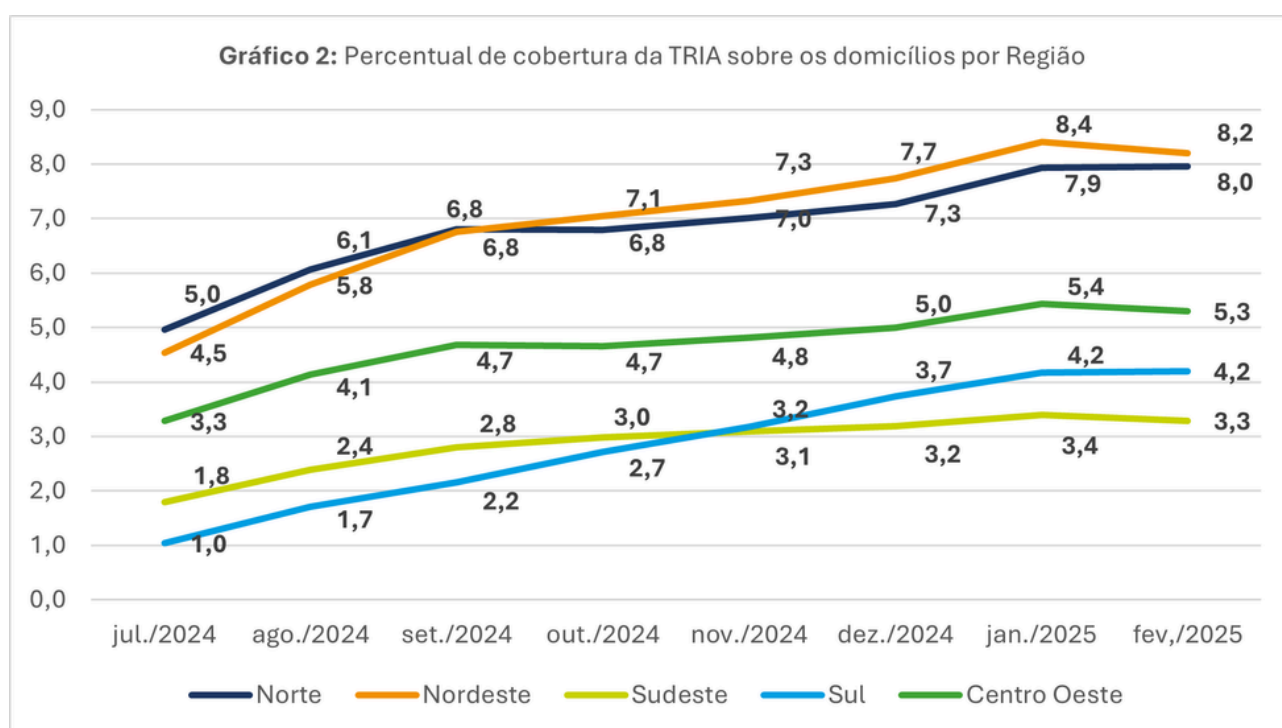
O gráfico 1 a seguir mostra que, de julho de 2024 a fevereiro de 2025, a cobertura *mensal* de aplicação da TRIA em relação ao total dos domicílios do país cresceu de 2,7% para 5,2%, um aumento de mais de 2,5 p.p.,5 como se vê no gráfico abaixo.

⁵ O percentual de cobertura expressa a razão entre o total de famílias que responderam à TRIA sobre o total de domicílios por municípios, segundo dados do Censo Demográfico 2022.



Fonte: Integração de Dados TRIA/CadÚnico. Extração solicitada junto ao Ministério da Saúde. Elaboração dos autores.

O crescimento da cobertura da TRIA sobre os domicílios no período analisado é registrado em todas as regiões, como mostra o gráfico a seguir. O Nordeste chega a fevereiro de 2025 com o maior percentual de cobertura (8,2% dos domicílios cobertos), seguido de Norte (8,0%), Centro-Oeste (5,3%), Sul (4,2%) e Sudeste (3,3%). O melhor desempenho das regiões Norte e Nordeste pode ser explicado por dois fatores: 1) um histórico melhor da cobertura de Atenção Primária de Saúde e 2) o maior número de municípios com maior percentual de pessoas/domicílios em vulnerabilidade social, condições de elegibilidade para o recebimento de um maior volume de recursos do cofinanciamento federal para as equipes de saúde.



Fonte: Integração de Dados TRIA/CadÚnico. Extração solicitada junto ao Ministério da Saúde. Elaboração dos autores.

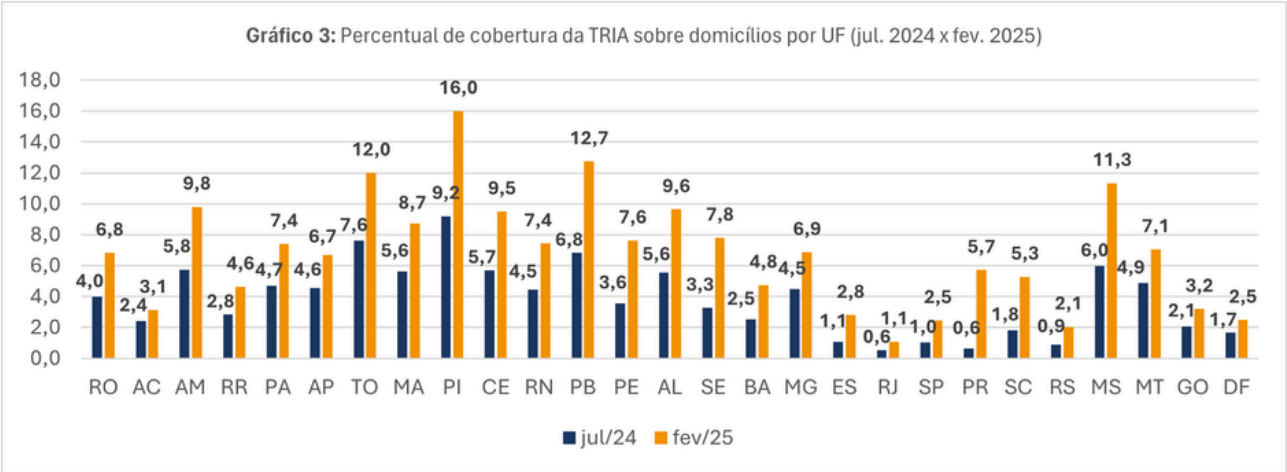
Embora com uma cobertura menor em termos percentuais, o Sudeste responde, dada a alta concentração demográfica, pelo segundo maior número absoluto de domicílios co- bertos pela TRIA (26% do total de fevereiro de 2025), perdendo apenas para o Nordeste (42% do total do mesmo mês). A tabela a seguir mostra a evolução desses números por região.

Tabela 2: Número de domicílios cobertos pela TRIA. Brasil e Grandes Regiões: jul. 2024-fev. 2025

GR e BR	jul./2024	ago./2024	set./2024	out./2024	nov./2024	dez./2024	jan./2025	fev./2025
Norte	323.938	396.228	444.246	443.905	458.040	474.862	518.000	520.354
Nordeste	1.110.923	1.413.715	1.653.545	1.723.126	1.791.384	1.892.699	2.055.047	2.004.118
Sudeste	692.622	927.151	1.082.795	1.153.176	1.197.689	1.237.069	1.318.247	1.274.486
Sul	144.071	236.947	298.642	374.839	440.062	516.112	577.063	580.698
Centro Oeste	234.994	296.644	335.073	333.440	344.714	357.700	388.738	379.601
Brasil	2.506.548	3.270.685	3.814.301	4.028.486	4.231.889	4.478.442	4.857.095	4.759.257

Fonte: Integração de Dados TRIA/CadÚnico. Extração solicitada junto ao Ministério da Saúde. Elaboração dos autores.

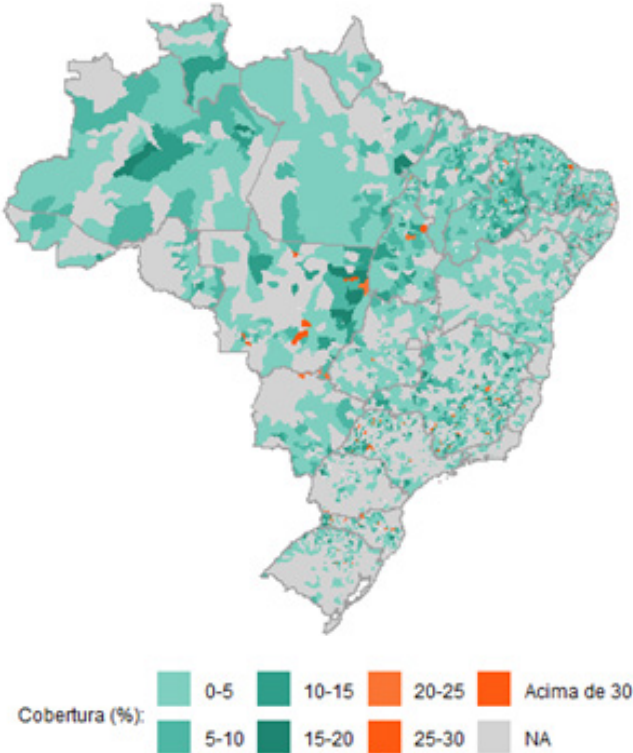
Em relação às UFs, Piauí, Tocantins e Paraíba alcançam as maiores coberturas no pe- ríodo, na comparação entre julho de 2024 e fevereiro de 2025, apresentada no grá- fico abaixo. Por outro lado, São Paulo, Distrito Federal, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro respondem pelas menores coberturas. Esses resultados podem ser expli- cados, em parte, pela alta concentração demográfica nesses estados, especial- mente em São Paulo e Rio de Janeiro: um aumento da cobertura da TRIA neles de- penderia da realização de um grande volume de entrevistas, em termos de número absolutos. Além disso, vale salientar que todos os estados registram dinâmicas de crescimento da cobertura da TRIA no período, com destaque para o Paraná, que au- mentou em mais de 9 vezes o percentual de cobertura. Santa Catarina (2,9 vezes), Es- pírito Santo (2,6 vezes), Sergipe (2,4 vezes) e São Paulo (2,4 vezes) também anotaram altas expressivas.



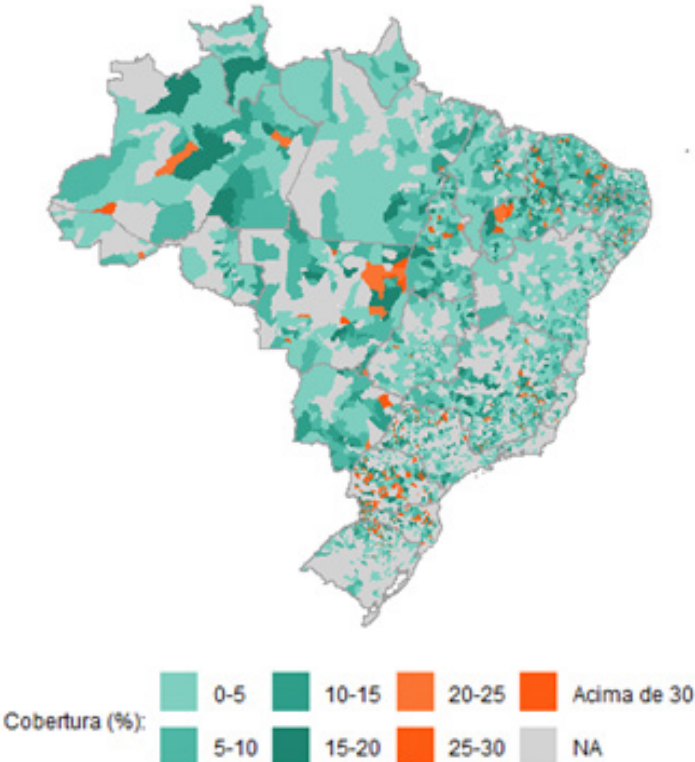
Fonte: Integração de Dados TRIA/CadÚnico. Extração solicitada junto ao Ministério da Saúde. Elaboração dos autores.

O avanço da Tria também pode ser notado no nível municipal. Os mapas abaixo ilustram esse movimento.

Mapa 1 – Percentual de cobertura por município (jul./24 – fev./25)



Mapa 1 – Percentual de cobertura por município (jul./24 – fev./25)



A média de cobertura municipal salta de 2,9% para 5,4% (2,5 p.p. ou 86,2%) dos domicílios por município entre julho de 2024 e fevereiro de 2025. Em julho de 2024, metade dos municípios tinham no mínimo 1,2% de cobertura; em fevereiro de 2025, esse valor alcança 2,7% (1,5 p.p. ou 125%). A mudança de coloração na comparação entre os mapas com dados dos meses inicial e final da série deixa evidente o avanço da cobertura municipal, sobretudo pela redução do número de município sem aplicação válidas no mês (marcados em cinza) e pelo avanço do número de municípios com cobertura acima de 5% dos domicílios. Se, em julho de 2024, 1.397 municípios não tinham captado dados válidos para o período, em fevereiro de 2025 apenas 907 (-8,79 p.p. 35%) não contavam com informações válidas para a TRIA. Além disso, em julho de 2024, apenas 390 municípios tinham 10,0% ou mais de cobertura, ao passo que, em fevereiro de 2025, esse número sobe a 1.027, um aumento de mais de 163,3%.

3 Considerações finais

A TRIA vem sendo aplicada nos serviços de Atenção Primária à Saúde, desde novembro de 2023, quando passou a estar disponível nos sistemas da Estratégia e-SUS e Atenção Primária (e-SUS, APS). A compilação de seus dados preenche uma lacuna importante no repertório estatístico da segurança alimentar no país: a produção de informações em nível municipal.

Embora as assimetrias de cobertura, combinadas às diferenças de porte demográfico entre os municípios, dificultem a construção de um panorama nacional municipalizado dos dados da TRIA, o gradual aumento do número de domicílios cobertos por esse instrumento projeta um caminho promissor para territorializar com maior acuidade a incidência da insegurança alimentar, sobretudo e especificamente entre grupamentos sociais mais vulneráveis – famílias inscritas no CadÚnico e/ou usuárias dos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde.

Como foi visto nesta Nota, no período de julho de 2024 a fevereiro de 2025, a média de cobertura saltou de 2,9% para 5,4% dos domicílios por município no período. Em julho de 2024, metade dos municípios tinham no mínimo 1,2% de cobertura; em fevereiro de 2025, esse valor alcança 2,7%.

A TRIA permite, além disso, que se faça o acompanhamento periódico das famílias identificadas em risco de insegurança alimentar, oferecendo, portanto, um conjunto de evidências qualificadas e tempestivas para o aprimoramento dos critérios de priorização de público das políticas públicas de combate à fome, incluindo as de transferência de renda

